



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARÍA JOSÉ RIVADENEIRA LANDÁZURI, CC: 100342296-9** autora del trabajo de graduación intitulado: **“GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA EL AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS”**. Estudio en pacientes sujetos a tratamientos de hemodiálisis prolongada por insuficiencia renal de la Unidad Renal DIALIBARRA en el año 2014., previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, abril 2014

Maria José Rivadeneira.

MARÍA JOSÉ RIVADENEIRA LANDÁZURI,

CC: 100342296-9

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**“GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA EL AFRONTAMIENTO
PSICOLÓGICO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS.”**

**Estudio en pacientes sujetos a tratamientos de hemodiálisis prolongada
por insuficiencia renal de la Unidad Renal DIALIBARRA, en el año
2014.**

MARÍA JOSÉ RIVADENEIRA LANDÁZURI

DIRECTORA: MASTER SOLEDAD ÁVILA

QUITO, 2014

Tabla de Contenidos

1	Capítulo 1: Marco Introductorio.....	1
1.1	Tema.....	1
1.2	Datos de la institución.....	1
1.3	Planteamiento del problema.....	3
1.4	Justificación.....	4
1.4	Objetivos.....	6
2	Capítulo 2: Marco teórico.....	8
2.1	Insuficiencia Renal Crónica.....	8
2.1.1	Definición.....	8
2.1.2	Epidemiología.....	9
2.1.3	Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica.....	10
2.1.4	Etiología.....	12
2.1.5	Signos y Síntomas.....	13
2.1.6	Tratamientos para la Insuficiencia Renal.....	13
2.2	Procesos, estilos y estrategias de afrontamiento psicológico.....	18
2.2.1	Evaluación Cognitiva.....	19
2.2.2	Estilos de Afrontamiento Psicológico.....	21
2.2.3	Estrategias de Afrontamiento Psicológico.....	22
2.3	Técnicas y recursos de Afrontamiento Psicológico para el manejo de Estrés.....	27
2.3.1	Estrategias que necesitan acompañamiento o intervención del profesional.....	29
2.3.2	Estrategias que el paciente puede realizar de forma autónoma.....	33
2.4	Redes Sociales de apoyo para el enfermo crónico.....	36

3	Capítulo 3: Marco Metodológico – Fase Diagnóstica.....	38
3.1	Metodología.....	38
3.2	Instrumentos - Herramientas.....	38
3.3	Resultados.....	39
3.3.1	Análisis de los resultados de las entrevistas.....	39
3.3.2	Análisis de los resultados del Test COPE.....	47
4	Capítulo 4: Producto o Proyecto.....	55
4.1	Descripción del producto.....	55
4.2	Objetivo del proyecto.....	55
4.3	Actividades.....	56
4.4	Hipótesis o supuestos.....	56
4.5	Precondiciones.....	57
4.6	Indicadores.....	58
4.7	Fuentes de verificación.....	58
4.8	Sostenibilidad.....	59
4.9	Medios o Insumos.....	59
4.10	Presupuesto.....	60
4.11	Matriz de marco lógico.....	61
4.12	Monitoreo.....	62
4.13	Evaluación.....	62
4.14	Destinatarios.....	63
4.15	Cronograma.....	64
5	Conclusiones y Recomendaciones.....	65
5.1	Conclusiones.....	65
5.2	Recomendaciones.....	67

6	Bibliografía.....	68
7	Criterios Institucionales.....	71
8	Anexos.....	72

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS

Tabla 1.- Clasificación NKF de insuficiencia renal crónica (IRC)	11
Tabla 2.- Factores de riesgo y de evolución de la ERC con sus distintas etapas	12
Tabla 3.- Taxonomía de las respuestas de afrontamiento psicológico	24
Tabla 4.- Ficha para autoregistro de conductas	31
Tabla 5.- Ficha para registro de actividades	36
Tabla 6.- Resultados de estrategias de afrontamiento según el Test COPE	52
Tabla 7.- Porcentajes de estrategias de afrontamiento adaptativas	53
Tabla 8.- Porcentajes de estrategias de afrontamiento no adaptativas	56
Tabla 9.- Especificación operacional de las actividades del proyecto	62
Tabla 10.- Resultados de la encuesta para validación de la guía	69

GRÁFICOS

Gráfico 1.- Datos de la muestra de la Unidad Renal DIALIBARRA	42
Gráfico 2.- Frecuencia de edades de los pacientes de la muestra de DIALIBARRA	43
Gráfico 3.- Estado civil de los pacientes de la muestra de DIALIBARRA	44
Gráfico 4.- IRC y los cambios que genera en la vida del paciente, DIALIBARRA	45
Gráfico 5.- Tiempo en tratamiento de diálisis, DIALIBARRA	46
Gráfico 6.- Nivel de conocimiento de la enfermedad	47
Gráfico 7.- Pacientes de DIALIBARRA que han buscado apoyo psicológico	48
Gráfico 8.- Características de personalidad antes y después de la IRC	50
Gráfico 9.- Estrategias de afrontamiento según el género	57

RESUMEN O ABSTRACT

En este trabajo de disertación, se investigó las “Estrategias de Afrontamiento Psicológico para manejar la enfermedad crónica”, en la Unidad Renal DIALIBARRA, ubicada en el perímetro urbano de la ciudad de Ibarra. Con la finalidad de proporcionar información escrita ilustrativa de fácil acceso y difusión a través de una guía de orientación sobre las estrategias, estilos, recursos y procesos de afrontamiento de la enfermedad renal crónica, que intervengan en el automanejo de la enfermedad y el afrontamiento de sus problemas asociados, lo cual contribuirá para prevenir trastornos psicológicos comórbidos y mejorar la calidad de vida de las personas que reciben tratamientos de hemodiálisis prolongada. Se seleccionaron 15 pacientes con insuficiencia renal crónica y el instrumento elegido para este estudio fue el cuestionario Brief COPE. Los resultados demostraron que las actitudes predominantes para manejar la enfermedad fueron las estrategias de afrontamiento adaptativas; mientras que las estrategias no adaptativas o que dificultan la aceptación de la enfermedad y su tratamiento tuvieron menor prevalencia, sin embargo son porcentajes considerables de seguimiento. Se confirmó que en la búsqueda de estrategias o técnicas de afrontamiento, influyen distintos factores como, la edad, género y apoyo social; además mientras más son las estrategias utilizadas por el paciente, mejor es su adaptación y adherencia al tratamiento contra la insuficiencia renal.

CAPÍTULO 1 – MARCO INTRODUCTORIO

1.1 Tema:

“Guía de orientación para el afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas. Estudio en pacientes sujetos a tratamientos de hemodiálisis prolongada por insuficiencia renal de la Unidad Renal DIALIBARRA, en el año 2014.”

1.2 Datos de la institución:

Nombre: Unidad Renal DIALIBARRA Cía. Ltda.

Actividad: Institución especializada en el cuidado y tratamiento a personas con patologías renales.

Ubicación: Situada al norte de la ciudad de Ibarra en la urbanización La Quinta, en las calles Juan José Páez 2-71 y Abelardo Morán.

Características

Brinda atención a 98 pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamientos hemodialíticos que sustituyen la función renal. Además, ofrece atención permanente en el área de nefrología, enfermería, trabajo social, nutrición y psicología. Cuenta con instalaciones adecuadas para todos sus pacientes.

Contexto

La institución tiene convenios con el IESS y el Ministerio de Salud gracias a los cuales el grupo social que se atiende en la clínica es más amplio y variado. Algunos pacientes que no tienen relación de dependencia con el Seguro Social se financian el tratamiento mediante

otro tipo de seguro. La población con la que se trabaja es de clase socio económica baja y media casi en su totalidad; en cuanto al nivel de instrucción el 57% culminó la primaria, el 16% la secundaria, el 10% realizó estudios superiores y el 15% son analfabetos. En cuanto a la procedencia el 90% son de la provincia de Imbabura y el 10% acuden desde provincias lindantes. Se observa una mayor prevalencia de la enfermedad en los hombres, siendo el 62% de la población.

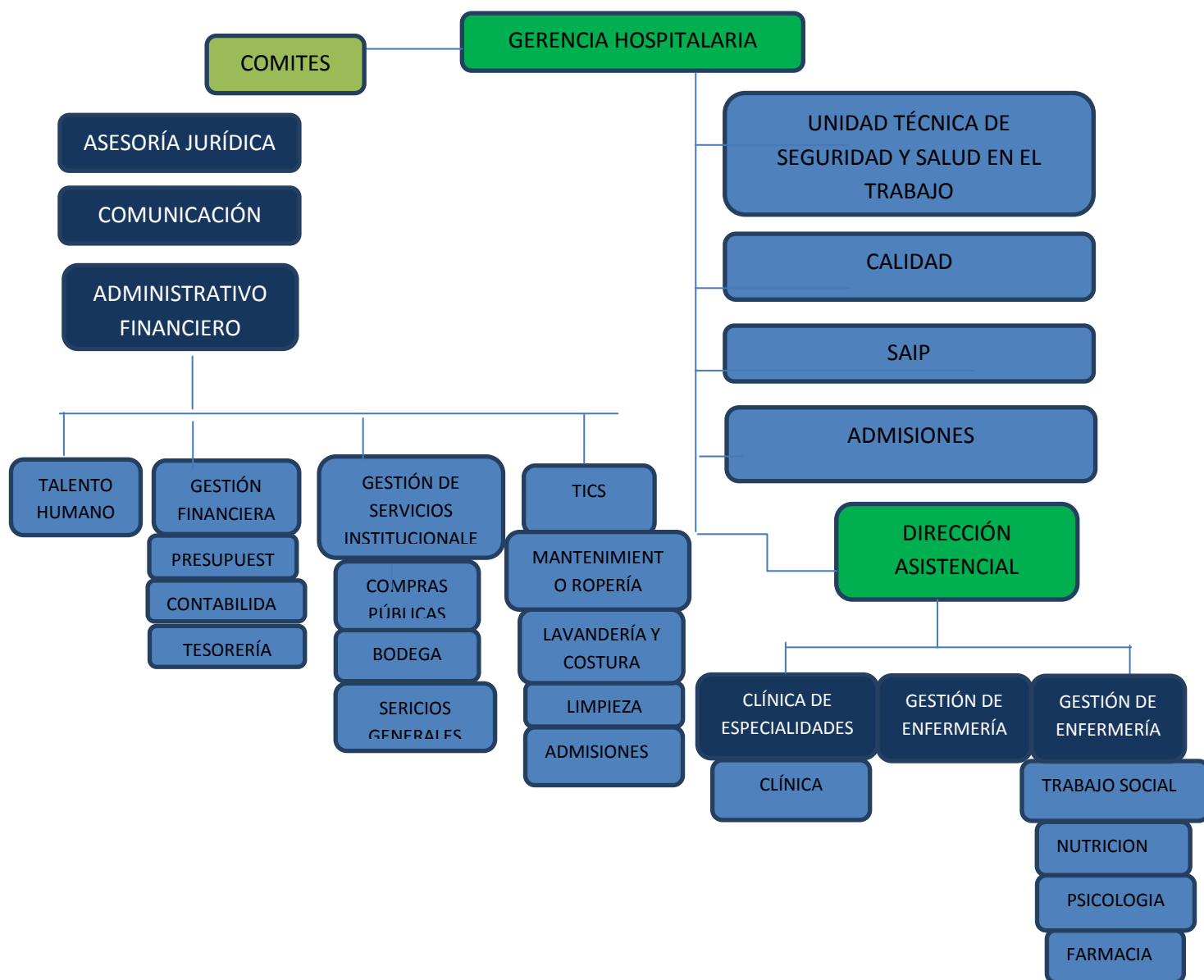
Estatutos

Misión: brindar la más alta calidad en el cuidado y tratamiento a personas con enfermedades renales, utilizando los equipos adecuados, en un ambiente cálido y confortable cumpliendo con estándares internacionales de calidad, con el personal idóneo y solidario lo que garantiza un servicio profesional, oportuno y confiable.

Visión: ser considerada como una de las mejores Clínicas Renales del país, enfocada a la venta de servicios de alta complejidad, consecuencia de una eficiente administración de sus recursos, sentido de pertenencia y compromiso de todos sus miembros, buscando la satisfacción del cliente.

Política de calidad: la institución está enmarcada dentro de un sistema de gestión de calidad y mejora continua en todos los procesos, con talento humano comprometido e infraestructura adecuada, buscando satisfacer los requisitos de nuestros clientes a través de un servicio integral.

- Organigrama



Fuente: Estatutos de la Unidad Renal DIALIBARRA, 2006.

1.3 Planteamiento del problema:

La clínica DIAL-IBARRA ofrece atención integral a sus pacientes. Consta de un área de trabajo social, área de nutrición, área de terapia física y el área de psicología, donde se

realiza un trabajo de intervención en crisis o psicoterapia breve y de urgencia; es decir se interviene solamente cuando el paciente ha manifestado una crisis y necesita de acompañamiento momentáneo para disminuir su angustia. Queda claro que este proceso no se realiza con todos los pacientes de la institución. Se considera que el trabajo con personas sujetas a tratamientos de diálisis por insuficiencia renal es un compromiso que amerita de mucha responsabilidad y entrega, ya que son personas que se encuentran desbordadas emocionalmente por su realidad y necesitan el mayor apoyo y comprensión no solo por parte de sus familias, sino también por parte de todas las personas involucradas en su cuidado.

Las repercusiones psicológicas que conlleva el tratamiento hemodialítico para insuficiencia renal, pueden ser contenidas o incluso evitadas, siempre y cuando haya un espacio terapéutico de escucha o, en este caso, una fuente de información clara y confiable que brinde estrategias psicológicas para afrontar las respuestas sintomáticas más frecuentes como son: la depresión y la angustia. Por lo tanto el documento aquí planteado aportará e investigará los efectos psicológicos que sobrelleva el tratamiento de diálisis mediante entrevistas personales que permitan conocer qué tipo de estilos o estrategias de afrontamiento psicológico son utilizadas por los pacientes para manejar su enfermedad, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del enfermo y facilitarle el proceso indefinido de su tratamiento.

Cabe recalcar que el principal objetivo de este proyecto es el aportar con una guía de fácil acceso y difusión que genere procesos psicoeducativos y anime a los pacientes a conocer, expresar o preguntar más sobre lo que están atravesando, para lo cual desde el contexto teórico se abordarán y profundizarán conceptos necesarios para comprender los procesos de ajuste emocional que se producen al enfrentar la enfermedad crónica.

El desarrollo del proyecto se centrará en conocer qué estrategias psicológicas llevaron a manifestar respuestas positivas y negativas frente a la enfermedad, así la información que

contenga la guía les permitirá a los pacientes identificarse y reconocer lo que les está sucediendo.

1.4 **Justificación:**

El propósito que anima el desarrollo de este proyecto, se basa en el gran impacto que han generado las experiencias cercanas y particulares de personas con enfermedades crónicas, en el transcurso de mi experiencia personal y pre-profesional. Observar de cerca el campo de las enfermedades crónicas, cualquiera que sea ésta, permite apreciar la importancia de un apoyo psicológico constante y preciso debido a la interferencia que provoca la enfermedad y su tratamiento en la vida del enfermo y también en la de sus familiares.

Las enfermedades crónicas son de larga duración y de progresión lenta. En el caso de las personas con insuficiencia renal crónica, los riñones ya no cumplen con su función de eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo por lo que el paciente necesita diálisis o un trasplante de riñón. El someterse a procesos de diálisis implica que la persona debe asistir a la unidad de hemodiálisis, al menos, tres veces por semana, lo que limita considerablemente su desarrollo personal, físico, psicológico, familiar, laboral y social. Por lo general el ámbito médico cubre todas las necesidades del enfermo, sin embargo no siempre el paciente tiene claras las repercusiones psicológicas que acarrearán su enfermedad. En la gran mayoría de instituciones de salud, incluyendo la Clínica DIAL-IBARRA, existen trípticos, guías y folletos con abundante información desde el campo médico, la definición, las causas, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, pero no hay información clara y asequible sobre las repercusiones psicológicas, los procesos de afrontamiento y aceptación de la enfermedad; información necesaria para optimizar la aceptación y adaptación del paciente a su tratamiento médico. Por lo tanto, la creación de una guía de orientación se constituirá en una herramienta de prevención para evitar el apareamiento de trastornos emocionales asociados a la enfermedad crónica. Estos motivos hacen que la investigación sea factible y necesaria, además se cuenta con la disponibilidad de todos los

recursos necesarios como espacio, tiempo, apoyo y requerimiento de la institución para la realización del proyecto.

Al enfrentarse a un diagnóstico de enfermedad crónica, el paciente puede presentar algunas respuestas emocionales que irán modificándose a lo largo del tratamiento. Estas reacciones dependen de algunos factores, como: personalidad, edad, tipo de enfermedad, redes de apoyo, personalidad del médico, entre otros. Es decir, las repercusiones psicológicas siempre estarán presentes en mayor o menor grado ya que todo padecimiento crónico produce cambios en la autoimagen, lo que está asociado al apareamiento de reacciones de rabia, impotencia, negación, depresión y ansiedad como las más habituales. Estas respuestas o síntomas psicológicos pueden llegar a ser tan incapacitantes como los físicos y es por eso que se deben prevenir desde la etapa inicial. Cada paciente puede manifestar una reacción distinta y utilizar diferentes estilos y estrategias de afrontamiento, por lo tanto, tener al alcance información clara sobre el adecuado control de los posibles síntomas, y además conocer y percibir el apoyo de los cuidadores del enfermo, brindarán una herramienta para mejorar la calidad de vida del paciente y evitar o minimizar posibles trastornos psicológicos comórbidos.

Por lo tanto, proporcionar ayuda e información psicológica en el momento de dar el diagnóstico y durante el tratamiento de diálisis es completamente esencial para que el paciente pueda reconocer ciertas herramientas o estrategias conductuales, emocionales y cognitivas que le permitan afrontar mejor su enfermedad y ayuden a controlar las grandes preocupaciones o miedos que lleva la evolución de la misma, el temor a la muerte, la interrupción en su vida, metas y objetivos. Estas son las razones que motivan este proyecto, a partir del cual se espera brindar una ayuda, dentro de la institución, para mantener y mejorar la calidad de vida de los enfermos.

1.5 **Objetivos:**

Objetivo General

- Elaborar una guía ilustrativa de fácil acceso y difusión sobre las estrategias, estilos y procesos de afrontamiento psicológico de la enfermedad renal crónica, para prevenir trastornos psicológicos comórbidos.

Objetivos específicos

- Investigar a profundidad sobre la insuficiencia renal crónica.
- Definir cuáles son las estrategias, procesos y estilos de afrontamiento psicológico frente a la enfermedad crónica.
- Describir distintas técnicas y recursos de afrontamiento psicológico del estrés para saber cómo actuar y enfrentar la enfermedad renal crónica.
- Reconocer el papel de las redes de apoyo del paciente y su influencia en la evolución de la enfermedad.

CAPÍTULO 2 – MARCO TEÓRICO

2.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

2.1.1 Definición

Los riñones son órganos vitales para el ser humano, tienen varias funciones como: regular la homeostasis del cuerpo, secretar las hormonas eritropoyetina, renina y vitamina D, participa en la reabsorción de electrolitos, regulan la presión arterial, controlan la producción de orina y excretan los desechos de la misma como: la urea, ácido úrico, creatinina, potasio y fósforo.

Cuando los riñones no funcionan correctamente se produce la insuficiencia o enfermedad renal que es la pérdida de la función renal, se le considera así cuando hay una pérdida mayor del 60% de la función de estos órganos. Pueden presentar anomalías funcionales o estructurales como: anomalías urinarias, sanguíneas, anomalías patológicas o por riñones poliquísticos.

Se puede diferenciar dos tipos de IRC y el tiempo de incidencia es importante para distinguir la patología crónica de la aguda. La primera es la Insuficiencia Renal Aguda que se caracteriza por la pérdida súbita de la función renal y se presenta en el transcurso de pocas horas, días o semanas; por otra parte la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), se define como la pérdida progresiva e irreversible de la función renal en la que se presentan anomalías estructurales o funcionales que constituyen un daño del riñón durante al menos tres o más meses. Es decir, pierden la capacidad de eliminar los desechos, concentrar la orina, conservar los electrolitos de la sangre, mantener el volumen, composición y la distribución de los líquidos del cuerpo que son esenciales para la vida. Se considera que las principales causas de la IRC son: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad vascular y también el envejecimiento.

La Organización Mundial de la Salud en un estudio sobre diabetes (2014), encontró que una de las principales causas de IRC es la diabetes y que entre el 10 al 20% muere por esta causa.

2.1.2 Epidemiología

La insuficiencia renal crónica (IRC) se ha ubicado dentro de las enfermedades catastróficas que aumenta significativamente cada día a nivel mundial, debido a que se ha incrementado su incidencia y prevalencia llegando a considerarla una epidemia en los últimos años. Según la Organización Mundial de Salud esta enfermedad afecta a más de 500 millones de personas en el mundo, uno de cada diez adultos la sufre y más de dos millones no saben que la padecen. Impone una notable disminución de la calidad de vida y además presenta una alta tasa de morbilidad, ubicándola en una de las diez primeras causas de muerte. La prevalencia de esta enfermedad ha ido aumentando en todo el mundo debido también al incremento de otras enfermedades relacionadas como: diabetes mellitus e hipertensión.

La Organización Mundial de la Salud, estimó en el 2005 que de las 58 millones de muertes en ese año, 35 millones fueron producidas por enfermedades crónicas y una de las principales es la enfermedad cardiovascular, la cual es la principal causante de la Insuficiencia Renal.

En Estados Unidos por ejemplo, la incidencia y prevalencia de IRC ha aumentado considerablemente. Según el U.S. Renal Data System, alrededor del 11% de la población padece de insuficiencia renal crónica y es posible que dentro de diez años esta población se duplique. La principal causa es la diabetes mellitus y le sigue la hipertensión. Además, al realizar una estimación de la esperanza de vida se encontró que normalmente a los 50 años la esperanza de vida es de 35,5 años; sin embargo en personas con IRC es de 4,0 años.

Un estudio de epidemiología de insuficiencia renal en España, EPIRCE (2010), demostró que alrededor del 9% de la población padece algún grado de la enfermedad renal y de ese porcentaje, el 6,83% se encuentra en un grado de daño moderado (estadio 3), 0,27% daño severo (estadio 4) y 0,03% (estadio 5) existen alrededor de 20,000 pacientes en diálisis en esta etapa.

Por otro lado, en México (2010), el 7% de población padece IRC. Según investigaciones del Instituto Mexicano de Seguridad Social y la Universidad Nacional Autónoma de México, la

IRC se encuentra entre las primeras causas de mortalidad, siendo mayor el porcentaje de casos en hombres y hay alrededor de 40,000 casos nuevos al año.

La visión epidemiológica de la Insuficiencia Renal ha cambiado drásticamente a nivel mundial y nuestro país no es la excepción. En Ecuador, la población que recibe terapia sustitutiva de la función renal ha ido en aumento constantemente desde el año 2008, según investigaciones del Ministerio de Salud Pública. Se estima que alrededor de 6000 personas con IRC reciben tratamiento de diálisis en el país y al prevalencia sigue aumentando; sin embargo, no hay datos exactos a nivel nacional de cuántas personas padecen insuficiencia renal crónica. Las principales poblaciones que corren un alto riesgo de ser diagnosticadas con IRC son las personas con diabetes e hipertensión y se estima que hay más de 28 mil pacientes con estas afecciones. Por ser una enfermedad considerada catastrófica, el Estado cubre el 100% de los costos del tratamiento, es decir alrededor de 18 mil dólares por paciente.

2.1.3 Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica

La enfermedad renal crónica se define como la disminución de la función renal, y esta es valorada y se expresa en relación a su filtrado glomerular (FG). Los riñones están formados por las nefronas y estas a su vez por un glomérulo que es un conjunto de vasos sanguíneos a través de los cuales se filtra la sangre, y por un túbulo, en el cual se reabsorbe el agua y las sustancias químicas útiles para el cuerpo y se expulsa en la orina las demás sustancias de desecho. En una persona normal la tasa de filtrado glomerular es de 120 a 130 mL/min/1.73 m² sin embargo este valor disminuye de acuerdo a la edad, mientras que niveles iguales o por debajo de 60 mL/min/1.73 m² son signo de daño renal.

La *National Kidney Foundation* elaboró guías para definir y clasificar la Insuficiencia Renal Crónica en base a la Tasa de Filtración Glomerular (TFG), a través del *K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative en el 2002*, y lo dividió en cinco estadios:

Tabla #1: Clasificación NKF de Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

Estadio	Descripción	FG (mL por minuto por 1,73 m ²)	Plan de Acción
-	Riesgo incrementado para insuficiencia renal crónica	> 60 (con factores de riesgo para insuficiencia renal crónica)	Screening, reducción de los factores de riesgo para insuficiencia renal crónica
1	Daño renal con FG normal o elevado	≥ 90	Diagnóstico y tratamiento, tratamiento de comorbilidades, intervenciones para enlentecer la progresión de la enfermedad y reducción de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular
2	Daño renal con disminución leve del FG	60 a 89	Estimación de la progresión de la enfermedad
3	Disminución moderada del FG	30 a 59	Evaluación y tratamiento de las complicaciones de la enfermedad
4	Disminución severa del FG	15 a 29	Preparación para la terapia de reemplazo renal (diálisis, trasplante)
5	Fallo renal	< 15 (o diálisis)	Terapia de reemplazo renal si la uremia está presente

Fuente: National Kidney Foundation

http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/tables.htm

El estadio 1, muestra daño renal con un filtrado glomerular igual o mayor a 90 mL/min/1.73 m². El estadio 2 se caracteriza por presencia de daño renal con una leve disminución de la TFG entre 60 a 89 mL/min/1.73 m². En las dos primeras etapas la enfermedad es asintomática, por lo tanto es común que la persona no presente síntomas.

El estadio 3, se caracteriza por una disminución moderada del filtrado glomerular entre 30 a 59 mL/min/1.73 m². Se ha diferenciado dos etapas dentro de este estadio, la etapa temprana 3^a con TFG entre 45 a 59 mL/min/1.73 m², la etapa tardía 3b con TFG entre 30 a 44 mL/min/1.73 m².

El estadio 4, se caracteriza por disminución severa de la TFG entre 15 a 29 mL/min/1.73 m², por lo tanto un daño renal avanzado. Por último, el estadio 5 que se caracteriza por un filtrado glomerular menor a 15 mL/min/1.73 m², indica que el paciente presenta insuficiencia renal crónica terminal.

2.1.4 Etiología

Según la Fundación Nacional del Riñón (NKF-K/DOQI), las dos principales causas de Insuficiencia Renal Crónica que son responsables de hasta dos tercios de los casos son la diabetes e hipertensión. También existen otros factores que promueven la aparición o progresión de IRC, detallados en el siguiente cuadro.

Tabla #2: Factores de riesgo y de evolución de la ERC con sus distintas etapas (KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcome modificado)

De Suceptibilidad	De Inicio	De Progresión	De Etapa Terminal
Edad mayor	HTA	Mayor PA	Menor KT/V
Historia familiar	Diabetes	Mayor proteinuria	Acceso vasc.
Reducción masa renal	Enf. Autoinmunes	Mayor glicemia	Transitorio
Bajo peso al nacer	Infecciones sistémicas	Dislipidemia	Anemia
Bajo nivel de educación	Litiasis	Hábito de fumar	Hipoalbuminemia
Bajo nivel económico	Obstrucción urinaria	Obesidad	Hiperfosforemia
Minoría racial o étnica	Infección urinaria	S. metabólico	Hiperhomocisteinemia
	Toxicidad por drogas		Referencia tardía de nefrologo
	Enf. Hereditarias		
	Embarazo		
	Injuria renal aguda		

Fuente: Guía clínica para identificación, evaluación y manejo del paciente con ERC en el primer nivel de atención. http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/publicaciones/FNR_guia_renal_cronica.pdf

Los factores de riesgo para Insuficiencia Renal Crónica se dividen en dos grupos, factores de iniciación que comienzan directamente el daño del riñón como: diabetes, hipertensión, enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infecciones urinarias, litiasis renal,

obstrucción del tracto urinario y toxicidad por drogas. Habrá de considerarse también los factores de progresión, pues estos acentúan el daño renal y empeoran cada vez más su función como son: niveles elevados de proteinuria, hipertensión arterial elevada, bajo control glucémico en diabetes y tabaquismo.

Una condición importante que también puede afectar a los riñones son las enfermedades hereditarias como la poliquistosis renal, que permite que se formen quistes en estos órganos y por lo tanto se dañe el tejido circundante.

Schrier menciona en su Manual de Nefrología (2010), que otros factores que inciden en la progresión hacia IRC son: la etnia, “parte de este aumento de riesgo se atribuye a factores modificables como conductas de salud subóptimas, control subóptimo de la glucosa y un bajo nivel socioeconómico.” (Schrier, 2010:224). También se menciona el sexo como un factor de riesgo adicional, ya que en general la incidencia de IRT es mayor en los hombres. El tabaquismo también se ha asociado como un riesgo, debido a que afecta a otras enfermedades causantes de IRC como la diabetes y enfermedades poliquísticas. Por último el consumo excesivo de algunos analgésicos también es de alto riesgo para la progresión de la enfermedad.

2.1.5 Signos y Síntomas

Existen muchas personas que sufren de Insuficiencia Renal Crónica pero no lo saben, según el estudio EPIRCE, Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España (2010), más de dos millones desconocen que padecen esta enfermedad, muchas veces debido a que los primeros estadios son asintomáticos y además los primeros síntomas suelen ser imperceptibles.

Los síntomas varían de acuerdo a la etapa en que se encuentre el paciente, sin embargo algunas señales de afectación en los riñones son:

- Presión arterial elevada
- Anemia
- Decaimiento
- Inflamación de las y las piernas

- Problemas urinarios: cambio de color de la orina, presencia de espuma en la orina y cambios de frecuencia y control

2.1.6 Tratamientos para la Insuficiencia Renal

Un primer paso dentro del tratamiento del enfermo renal se basa en encontrar la causa de la IRC, tratar las complicaciones y prevenir la progresión del daño renal. Para esto se debe acudir oportunamente a un especialista para la valoración y orientación adecuada. Se debe tratar los siguientes procesos:

- Control de la presión arterial: la hipertensión es un gran riesgo para los pacientes con IRC, se conoce que es uno de los principales causantes, por lo tanto el control de la presión arterial es fundamental para enlentecer el daño renal.
- Dieta con restricción proteica: esta se realiza principalmente para disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica y además para mejorar distintas complicaciones. Es importante que se controle regularmente el cumplimiento o adherencia a la dieta establecida.
- Alimentación saludable: no exceder el consumo de azúcares, grasas y proteínas, también se debe reducir la ingesta de sal y se debe controlar estrictamente el consumo de líquidos, se tiene que mantener una dieta rica en frutas y vegetales. Evitar el consumo de tabaco y alcohol.

Terapias Sustitutivas de la Función Renal

La siguiente parte del tratamiento son las terapias sustitutivas de la función renal. En la actualidad, el número de pacientes que acuden a esta terapia es cada vez mayor, Schrier (2010), refiere que en Estados Unidos más de 350.000 pacientes reciben continuamente este tratamiento. El inicio de la terapia para reemplazo de la función renal se debe realizar cuando el paciente se encuentra en el estadio 4 o 5 de IRC, indicando una tasa de filtrado glomerular de 15 a 29 mL/min/1.73 m² o menor, esto significa que el daño renal es tan alto que interfiere

en todas las funciones vitales y ya no se pueden controlar y manejar los síntomas mediante medicamentos o la dieta, por lo tanto el paciente puede optar por una de las tres modalidades de terapia sustitutiva: diálisis peritoneal, hemodiálisis o en el último de los casos trasplante de riñón.

- Diálisis Peritoneal

Este procedimiento es utilizado por casi el 15% de los pacientes renales, esta cifra fue tomada en Estados Unidos según Schrier (2010). Esta modalidad se considera técnicamente menos compleja que la hemodiálisis y se puede realizar de dos maneras: diálisis peritoneal ambulatoria continua, que se realiza mediante un líquido de dializado que se introduce en la cavidad abdominal, y la diálisis peritoneal automatizada que se realiza por las noches a través de una máquina que se encarga de los recambios de diálisis.

En esta modalidad de tratamiento, primero se realiza una pequeña operación para implantar un catéter en la cavidad peritoneal. Se introduce la solución de dializado a través del catéter y después de un tiempo de permanencia, se realiza el *recambio* que es el proceso por el cual se drena el líquido de la cavidad peritoneal con todas las toxinas extraídas y se vuelve a infundir un líquido nuevo. Este procedimiento se realiza continuamente y durante más horas en relación a la hemodiálisis.

Tiene algunas ventajas ya que los procesos de recambio pueden ser realizados por el mismo paciente, además puede hacerlo a cualquier hora del día y en cualquier lugar si se toma las precauciones necesarias, es fácil de realizar; si se organiza adecuadamente puede no interferir con el trabajo, viajes, etc., no requiere de tantas restricciones en cuanto a la dieta, no requiere de desplazamientos al hospital y el costo es menor.

En cuanto a las desventajas, el paciente requiere de mucha preocupación por la limpieza y no solo durante los procesos de recambio. Las infecciones pueden ser muy comunes debido al catéter que expone la cavidad y membrana peritoneal con el exterior. Si la infección llega a

alcanzar al peritoneo se puede producir complicaciones severas que hasta pueden demandar la extracción del catéter. Con el tiempo también se pueden producir hernias debido a la migración y acumulación del líquido de dializado.

- Hemodiálisis (HD)

Schrier (2010), menciona que la mayoría de los pacientes escogen esta modalidad de tratamiento, se puede realizar en un centro especializado o también existe la hemodiálisis domiciliaria; sin embargo el proceso es casi el mismo para las dos opciones. Para la hemodiálisis en un centro hospitalario es necesario que los pacientes se dialicen tres veces por semana y durante 4 horas más o menos cada sesión. En cambio, la diálisis domiciliaria requiere de seis días por semana y de 3 a 4 horas de diálisis por sesión. La ventaja de esta modalidad es que los pacientes pueden hacerlo solos y en la tranquilidad de su hogar, por eso cada vez hay más pacientes que prefieren este método.

Para comenzar con la hemodiálisis, Sellares (1998), refiere que primero se debe realizar una pequeña intervención quirúrgica para crear el acceso vascular, es decir, se necesita de una fístula arteriovenosa propia o artificial. Este proceso debe realizarse entre seis y doce meses antes de empezar la diálisis, ya que mientras más tiempo se deje madurar la fístula mayores serán las posibilidades de éxito durante la terapia. Después de tener la fístula lista, este procedimiento consiste en extraer la sangre del organismo y traspasarla por la maquina dializadora, ahí se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable para que se eliminen las toxinas, residuos y el agua de la sangre.

La hemodiálisis todavía no es el sustituto perfecto de la función renal, ya que conlleva muchas complicaciones, como: infecciones del catéter o de la fístula que son muy comunes debido a que pueden estar en contacto con bacterias del exterior si no se toma las medidas adecuadas, también pueden presentarse reacciones alérgicas, pueden manifestarse problemas cardiovasculares, anemia, entre otras. Además está el hecho de que el paciente debe acudir

obligatoriamente a sus sesiones de diálisis sin falta alguna y su vida debe planificarse alrededor de la terapia.

Tanto la terapia hemodialítica como la diálisis peritoneal son procedimientos que demandan mucho tiempo, entrega y compromiso, respuestas necesarias para que el tratamiento tenga resultados positivos en la salud del paciente. El enfermo renal lleva una vida anormal, no pueden desarrollarse normalmente en el ámbito laboral y profesional, tampoco en el ámbito familiar y social. La lista de actividades que pueden realizar es muy limitada en comparación a la población en general, son más vulnerables a sufrir depresión y trastornos de ansiedad y su calidad de vida también es menor.

Algunos años atrás esta enfermedad tuvo una connotación bastante trágica ya que, al no existir los equipos y la información necesaria, el pronóstico de la enfermedad era la muerte. Afortunadamente, en la actualidad existe la tecnología suficiente como para tratar y reducir este índice de mortalidad, sin embargo, estas modalidades de tratamiento siguen siendo un mal sustituto de la función renal, debido a que conllevan muchas más complicaciones a corto y largo plazo. “Cualquiera de los tipos de diálisis solo proporciona un porcentaje muy pequeño de la eliminación que consiguen los riñones normales.” (Schrier, 2010:242)

A pesar de estos significantes avances en la tecnología médica, el índice de mortalidad de pacientes con IRC es más alto de lo normal. Estudios realizados en Estados Unidos por U.S. Renal Data System (2009), demuestran que más del 70% de los pacientes sufren de hipertensión, el 50% de diabetes, el 45% de enfermedades vasculares y el 20% de insuficiencia cardíaca. Gran porcentaje de este alto índice de mortalidad son estas enfermedades subyacentes y otra parte también puede atribuirse a una mala práctica de los tratamientos de diálisis. Schrier (2010), también refiere que la tasa de mortalidad anual de los pacientes con IRC está entre el 20% al 22% y estas cifras son considerablemente mayores a los datos de Europa y Japón. La esperanza de vida de los enfermos renales es mucho más corta en comparación con la población en general,

“Un hombre blanco de 45 años en Estados Unidos, tiene una esperanza de vida de 32 años en comparación con los pacientes varones blancos en diálisis, cuya esperanza de vida es aproximadamente de 7,4 años. Para una mujer negra, las cifras son similares: 33 años para la población normal frente a 8,4 años en las pacientes en diálisis.” (Schrier, 2010:243).

- Trasplante renal

Para optar por esta intervención, el paciente debe presentar insuficiencia renal terminal (IRT). Se ha observado que ha habido un aumento considerable de estos casos en los últimos años. El trasplante renal exitoso es, sin duda alguna, el mejor sustituto de la función renal y por lo tanto el tratamiento ideal para esta enfermedad, el trasplante puede sobrevivir alrededor de 12 a 15 años. Algunas de las ventajas son: mayor índice de supervivencia, menos morbilidad, mejor calidad de vida y menor gasto económico. Sin embargo, la demanda de pacientes para trasplante es altamente mayor al número adecuado de donantes u órganos disponibles.

En el Ecuador, se ha producido un gran aumento de trasplantes de riñón. El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos “INDOT”, publicaron que en el 2013 se realizaron 220 trasplantes, de los cuales más de 94 fueron trasplantes renales. Sin embargo, esta cantidad de intervenciones no abastecen en lo absoluto a la población con enfermedad renal terminal ya que el número de pacientes que se encuentra en listas de espera es significativamente mayor.

2.2 PROCESOS, ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO

La enfermedad crónica siempre va a impactar en el equilibrio del individuo, siempre será un acontecimiento productor de estrés que supone una situación de crisis y genera en todo sujeto una ruptura de su comportamiento habitual y su modo de vida. Cuando algo llega a romper y

cambiar el modo de vivir y las pautas de comportamiento, la persona generalmente emplea ciertos mecanismos de respuesta, que pueden ser adecuados o inadecuados.

Al hablar de enfermedad crónica, es evidente que constituye un periodo de crisis mayor e incluso que conlleva cambios permanentes en el paciente, que lo llevan a emplear una gran variedad de estrategias de afrontamiento para mantener su bienestar emocional y adaptarse al estrés causado por la enfermedad y su tratamiento.

La intensidad o potencia que cada uno le otorgue a la crisis por la que atraviesa varía de acuerdo a la apreciación de cada sujeto, Jesús Rodríguez refiere en su libro de psicología social de la salud que “La potencia de la crisis... proviene de la interrupción repentina de las funciones habituales y de la amenaza omnipresente a la vida y a la adaptación de la persona.” (Rodríguez-Marín 2008:74). Además, el autor refiere que los problemas de adaptación a la nueva situación dependen de factores específicos que dificultan la elección de estrategias de afrontamiento adecuadas. Se debe tomar en cuenta la duración de la enfermedad, si fue repentina o fue evolucionando lentamente, la gravedad y las etapas de la enfermedad. Cuando se evalúa, reconoce y relaciona todas estas características con la enfermedad crónica todos los factores estresantes se incrementan y el paciente podría experimentar estrés, vulnerabilidad, miedo, impotencia, ira, angustia, culpabilidad, depresión, pérdida de control y altos niveles de ansiedad por el futuro. Estos síntomas emocionales también dependen o varían de acuerdo a otros factores personales como: la edad, sexo, condiciones físicas, recursos psíquicos individuales, nivel de tolerancia a la frustración, recursos económicos, enfermedades previas, experiencias de afrontamiento previas, presencia de apoyo familiar y social, y la etapa de la vida en la que se presente al enfermedad (niñez, adolescencia, adultez, vejez).

2.2.1 Evaluación Cognitiva

“Lo cognitivo es lo que media entre los estímulos (entrada) y los comportamientos (salidas), es decir, lo que ocurre dentro de la caja negra.” (Riso, 2009:70). Toda persona responde de manera diferente a cada estímulo, cada uno tiene su manera de percibir, seleccionar, transformar y construir representaciones de la realidad y conocimientos. Con estas

cogniciones, el ser humano va formando, desde temprana edad, ciertos esquemas o estructuras internas de acuerdo a las cuales se va regulando su forma de pensar, sentir y actuar.

La información que se va almacenando en estos esquemas internos, por un lado son sistemas de creencias, ya que son cogniciones formadas por la relación con algo más; y también pueden ser teorías cuando no necesitan necesariamente relacionarse para poder formarse. No se puede hablar sobre un prototipo de esquema, porque cada vivencia o experiencia es distinta, además cada constructo también varía de acuerdo al número de experiencias positivas o negativas y si las creencias fueron elaboradas y desarrolladas sobre una base real o falsa. De acuerdo a todas estas particularidades, el sujeto puede responder de manera adaptativa o maladaptativa frente a las demandas de la realidad.

Gardner (1988), llama a todos estos procesos generados por un estímulo, como la materia prima con la cual el sujeto puede elaborar un tipo de respuesta. Los esquemas influyen activamente en las creencias y actitudes, ya que son cogniciones derivadas de experiencias pasadas con las otras personas. Cuando se presenta un hecho estresante hay personas más susceptibles que otras a percibir la situación como amenazante y es aquí donde interfieren los esquemas maladaptativos que afectan la susceptibilidad de la persona en el momento de afrontar y responder. Riso (2008), se refiere a este tema como *vulnerabilidades cognitivas* que son contenidos esquemáticos de las creencias; es decir, la información almacenada en nuestra memoria sobre las actitudes y percepciones de uno mismo y de los otros, que están más predisuestas a contraer ciertos tipos de alteraciones e incrementan la probabilidad y el riesgo de que se manifieste algún trastorno. Riso en su libro sobre Terapia Cognitiva (2009), afirma las aportaciones sobre vulnerabilidad de Aaron Beck, “Lo que en verdad dispara la diátesis o vulnerabilidad individual, no es la mera congruencia informacional, sino la percepción que la persona tenga sobre el evento y el impacto de éste sobre el autoconcepto.” (Riso, 2008:108).

Se debe tomar en cuenta los siguientes factores que intervienen en estos procesos a nivel individual.

- Variables culturales: se refieren a las normas, valores, conceptos, símbolos y creencias que son transmitidas de generación en generación.

- Variables sociales: los roles y el aprendizaje adquirido gracias a la interacción social.
- Variables psicológicas: estados afectivos y cognitivos de cada individuo.
- Variables físicas: las características físicas de la persona y las características físicas del entorno real.

Al evaluar un acontecimiento o transacción, éste puede resultar irrelevante, benigno-positivo o estresante. Cuando se valora a la situación como estresante significa que genera un daño, una pérdida o una amenaza y por lo general esto produce emociones negativas: miedo, angustia e ira. Pero queda claro que para que la persona asocie una situación como estresante o no, depende de toda una estructura de fondo, en la que interviene nuestros esquemas de pensamiento, constructos personales, creencias, valores, significaciones y experiencias. Rodríguez-Marín menciona que todas las percepciones e interpretaciones que cada persona tiene de un acontecimiento es fruto de factores psicosociales que son indispensables para explicar toda la variedad de conductas, acciones y pensamientos.

2.2.2 Estilos de Afrontamiento Psicológico

Las enfermedades crónicas, son acontecimientos que exigen y demandan al paciente gran cantidad de recursos de afrontamiento, ya sean psíquicos, biológicos o sociales, todos necesarios para mantener el bienestar emocional y adaptarse al estrés causado por la misma.

La primera respuesta que se presenta frente a una situación estresante es fisiológica, es decir, el cuerpo se prepara para confrontar el estímulo amenazante; después se presentan las respuestas cognitivas, relacionadas con lo explicado anteriormente en cuanto a la evaluación del estímulo; por consiguiente se manifiestan respuestas emocionales como miedo, ansiedad, ira y depresión, estas respuestas emocionales intervienen y afectan en las relaciones y conductas sociales, por ejemplo: si en la respuesta se involucran sentimientos de ira se producen conductas sociales negativas ya que con la ira se aumenta la agresión. Por último se produce una respuesta comportamental. A esta última respuesta Fernández Abascal (1999),

la relacionó como los estilos de afrontamiento y los diferenció de las estrategias de afrontamiento.

Fernández Abascal, hace alusión a los estilos de afrontamiento como las predisposiciones personales que cada persona tiene para hacer frente a una crisis y son responsables de prevenir el uso de uno u otro tipo de estrategias de afrontamiento, es decir, predisposiciones generales que llevan a la persona a actuar y pensar de cierta forma en diferentes situaciones. Basándome en la clasificación de los estilos del mismo autor, se dividen en:

- Activo: cuando la persona actúa y lucha constante y activamente para lograr minimizar los posibles efectos de la situación.
- Pasivo: el tipo pasivo se presenta inactivo, dependiente de los demás y manifiesta poca motivación al cambio.
- Evitativo: el tipo evitativo huye de la situación, muestra minimización y negación de la situación. Es una de las reacciones más comunes frente a estímulos que amenazan la salud o bienestar físico. “Esta reacción funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante” (Arrivillaga, 2007:9). Se presenta rechazo a la enfermedad y posteriormente, hay sentimientos de ira que se pueden desplazar hacia la familia, la pareja, los médicos o cualquier persona muy cercana al paciente.

2.2.3 Estrategias de Afrontamiento Psicológico

Lazarus y Folkman (1986), fueron los primeros en profundizar en esta área y en su teoría del afrontamiento del estrés definen al afrontamiento psicológico, como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.” (Lazarus, 1986:164). Estos mecanismos son diferentes y únicos para cada persona y tienen como función principal eliminar la fuente de estrés mediante respuestas directas o mediante un cambio en la evaluación cognitiva del evento para mantener tolerables las consecuencias emocionales del estrés producido.

La enfermedad crónica siempre va a impactar en el equilibrio del individuo, ya que supone cambios muchas veces permanentes, además de un futuro inseguro y la posibilidad de morir. Por lo tanto, lo lleva a emplear una gran variedad de estrategias de afrontamiento para mantener su bienestar emocional y adaptarse al estrés causado por la misma. Estos intentos y esfuerzos por manejar, resistir o superar los estímulos estresores, están determinados por ciertos recursos de afrontamiento que son capacidades individuales internas o externas que ayudan al sujeto a adaptarse a la nueva situación. Rodríguez Marín (2008), distingue cuatro tipos de recursos:

- Físicos-Biológicos: hacen alusión a los elementos del entorno físico, recursos económicos y estado de salud de la persona.
- Psicológicos-Psicosociales: nivel de independencia, capacidad intelectual, autoestima, moral y capacidad para solucionar problemas.
- Culturales: creencias, normas, valores, símbolos. Por ejemplo, las enfermedades crónicas ya han sido desde muy atrás reconocidas y valoradas institucionalmente en la cultura.
- Sociales: las redes de apoyo social son uno de los recursos más importantes para enfrentar una enfermedad crónica.

Los recursos con los que cuenta cada persona son indispensables a la hora de seleccionar una respuesta de afrontamiento específica; sin embargo Rodríguez Marín (2008), hace hincapié en la representación social de las enfermedades, ya que la forma de verla y conceptualizarla determina su percepción e interpretación como un acontecimiento de vital importancia, o no. Además influyen en la adherencia al tratamiento y la selección de un estilo de vida apropiado.

Existen distintas clasificaciones en cuanto a estrategias de afrontamiento, en el siguiente cuadro se expone la taxonomía de las respuestas de afrontamiento según Rodríguez Marín, que muestra una visión general de todas las maneras posibles de clasificar estas respuestas.

Tabla #3: Taxonomía de las respuestas de Afrontamiento Psicológico

<i>TAXONOMIA DE LAS RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO</i>	
Según el foco	Orientadas a la emoción
	Orientadas al problema
	Orientadas a la situación
	Orientadas a la representación
Según el método	Orientadas a la evaluación
	Aproximativas
	Pasivas
Según el tipo de proceso	Evitativas
	Comportamentales
Según el momento	Cognitivas
	Anticipatorias
Según su amplitud	Restaurativas
	Generales / Globales
	Específicas

Fuente: Manual de Psicología Social de la Salud, Rodríguez Marín Jesús 2008, pag: 56.

Si bien se ha hecho una aproximación a distintas clasificaciones, las dos principales funciones son las que se centran en el problema y en la emoción. Labrador (1992), coincide con esta taxonomía de las estrategias de afrontamiento y basa su estudio en la primera categoría: las **estrategias centradas en el problema** que definen los intentos de la persona por buscar cambiar o solucionar la situación externa, todas sus acciones están dirigidas a modificar o solucionar la problemática y pueden realizarse con recursos externos o internos; las **estrategias centradas en la emoción** que se refieren a los esfuerzos por controlar las respuestas emocionales a consecuencia de la situación estresante para reducir el malestar emocional, mediante varias estrategias como la búsqueda de apoyo social pero solo por razones emocionales.

Ciertas formas de afrontamiento son más susceptibles que otras, y además de los recursos individuales hay otros factores determinantes en este proceso, como: la gravedad de la situación; la variabilidad o mutabilidad del acontecimiento la cual genera respuestas de afrontamiento enfocadas al problema, es decir, directas para solucionar la situación, buscará

apoyo social y profesional pero si se perciben posibilidades de cambiar el problema, si la situación es inalterable, las respuestas y el afrontamiento estará más dirigido a las emociones; otro factor posible de determinación tiene que ver con cuán demandante es el problema, Rodríguez Marín (2008), se refiere a este factor como **coste de la respuesta de afrontamiento**, ya que es evidente que algunos tipos de respuesta requieren más o menos esfuerzos que otras. Hay que recalcar que cuando se habla de enfermedad renal crónica la persona se enfrenta a circunstancias que no pueden cambiar, por lo tanto se debe trabajar principalmente con las estrategias centradas en las emociones.

Queda claro que cada persona cuenta con varias conductas de afrontamiento para manejar el acontecimiento estresante y todo lo que este conlleva, tratamientos, regímenes alimenticios, reorganización de actividades, tiempo, sentimientos y emociones. Se puede encontrar distintas estrategias de afrontamiento que varían de acuerdo a cada autor, Lazarus y Folkman (1988), fueron uno de los primeros en aportar sobre el tema y presentan ocho formas de afrontamiento: manejo confrontador, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, resolución planificada de problemas y revaloración positiva. Después Fernández Abascal (1999), en su “Inventario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento”, diferencia y propone dieciocho formas de afrontamiento: reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión mental, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de la distracción, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa.

Carver y Otros (1997), desarrollan el cuestionario COPE, que evalúa las estrategias de afrontamiento ante el estrés y posteriormente presentan una versión abreviada del mismo llamada Brief COPE, este inventario expone doce dimensiones para el afrontamiento psicológico, que son:

- Afrontamiento activo: se refiere a esfuerzos centrados en actuar directa y racionalmente frente al problema para hallar soluciones. En el caso de enfermos

renales este tipo de afrontamiento implicaría acciones directas centradas en el problema, por ejemplo: conocimiento de la propia enfermedad, sus síntomas y causas, conocer y aprender sobre el tratamiento dialítico, aprender procedimientos específicos de la enfermedad y uso de las máquinas de diálisis, informarse sobre los controles y valores nutricionales adecuados, etc.

- Planificación: realizar una planificación de las actividades o pasos que se deben dar para afrontar el problema. Rodríguez, manifiesta que en las enfermedades crónicas la planificación de las actividades ayuda a conseguir una buena adaptación.
- Apoyo emocional: es la búsqueda de consejo, apoyo y ayuda emocional en la familia, amigos y profesionales para poder expresar las emociones. La capacidad de expresar emociones es una parte importante del afrontamiento, ya que evita que se incremente la actividad fisiológica.
- Apoyo social: acudir a la ayuda de terceros, con la finalidad de encontrar comprensión, asesoramiento, asistencia, información, consejo, orientación y apoyo moral para resolver el problema; además, el intercambio social permite compartir problemas comunes y ofrece asistencia en una crisis. La interacción social formal o informal mantiene una relación dinámica con la salud y por eso siempre tendrá un papel beneficioso en el afrontamiento de la enfermedad. Muchos estudios concuerdan que cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe, menor será la probabilidad de enfermar.
- Religión: apoyarse en las creencias religiosas para afrontar la enfermedad.
- Reevaluación positiva: se refiere a la reinterpretación de la situación estresante pero en términos positivos para lograr un nuevo significado de la misma que permita utilizar estrategias de afrontamiento activas.
- Aceptación: es una respuesta adaptativa al evento, la persona puede aceptar el hecho de la enfermedad, aceptar su importancia y aceptar el impacto emocional que genera en nuestra vida. Esta estrategia se la relaciona con la resignación o conformismo, que puede colaborar de manera positiva para una mejor adaptación a la enfermedad.

- Negación: es la no aceptación del problema, Rodríguez Marín (2008), refiere tres formas de negación, la primera se refiere a negar la enfermedad como tal, la segunda es negar el significado de la enfermedad y por último es muy común que el enfermo niegue su estado emocional y el estrés psicológico que conlleva su situación de salud.
- Humor: se refiere a buscar tiempo para la diversión y mantener el sentido del humor frente a lo ocurrido.
- Autodistracción: distracción o inatención se refiere a recurrir a otras actividades recreativas, distractoras y sustitutas para no centrarse solo en el problema y poder sobrellevarlo.
- Supresión de actividades distractoras: paralizar cualquier tipo de actividad que no tenga que ver con el problema para enfocarse solamente en la valoración y solución del mismo.
- Autoinculpación: atribuirse o asumir la culpa de lo ocurrido.
- Desconexión: se refiere a la evitación de cualquier tipo de respuesta emocional o para la solución del problema, implica esfuerzos por alejarse o apartarse del problema. Esta estrategia es común durante un periodo inicial del evento cuando los recursos emocionales todavía son limitados y puede servir para reducir el estrés sin embargo si hablamos de enfermedades crónicas la evitación puede agravar la enfermedad y también ocasionar problemas psicológicos que impiden la asimilación y resolución del trauma.
- Desahogo: se refiere a realizar actividades que permitan disminuir la carga emocional del problema para poder sobrellevarlo, como actividades de relajación, altruismo, expresión artística, actividades intelectuales, etc.
- Uso de sustancias: es una respuesta paliativa que trata de evitar el evento estresante buscando aliviar su situación mediante cualquier otra sustancia y sin atacar el problema en sí.

Existe un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento con las cuales las personas pueden contar para enfrentar diferentes tipos de situaciones, algunas de ellas se usan con más

frecuencia que otras pero, incluso con la gran variabilidad en la selección de respuestas, también existen factores permanentes que determinan el tipo de afrontamiento que cada persona pone en marcha. Por lo tanto se puede considerar al afrontamiento como: “proceso dinámico multidimensional y biopsicosocial en el cual los individuos estresados intentan resolver problemas, mantener un sentido de autoestima positiva y mantener su estado bioquímico y fisiológico en un equilibrio óptimo.” (Rodríguez-Marín, 2008:59).

El objetivo final siempre será la adaptación a la situación estresante, trabajo que exige la reorganización de los componentes cognitivos, emocionales y comportamentales. Pero muchas veces el afrontamiento de una situación no garantiza ningún éxito, todo depende de la persona, las circunstancias y el contexto en el que se desarrolle el proceso. Lazarus (1990), menciona que el afrontamiento incorrecto, inadecuado o pasivo provoca estados emocionales negativos que pueden llevar a trastornos psicológicos comórbidos.

Es frecuente presentar un afrontamiento desadaptativo ante la situación de estrés, he aquí la importancia de educar y ayudar al paciente a que lleve a cabo un afrontamiento adecuado para que se acomode a la situación, ya que mientras más información maneje, mayor control y capacidad de ajuste adecuado tendrá para modificar las condiciones externas, mantener un equilibrio emocional y encontrar un propósito de vida que trascienda a toda limitación.

2.3 TÉCNICAS Y RECURSOS DE AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO PARA EL MANEJO DE ESTRÉS

En un comienzo, el término estrés se lo utilizó para referirse a dificultades, luchas, adversidades o aflicciones y se fue convirtiendo en un término importante para describir las causas y consecuencias emocionales que generan las presiones de la vida cotidiana.

El estrés es una reacción fisiológica natural y necesaria para el organismo y en la actualidad se lo define como: “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por esté como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.” (Lazarus y Folkman, 1986:43). Es un proceso psicobiológico complejo en el que intervienen

ciertos componentes, Rodríguez (2008), refiere que existen tres momentos en este proceso, primero debe presentarse una situación potencialmente perjudicial o peligrosa a la que se le llama acontecimiento estresante, después está el momento en el que el individuo interpreta el acontecimiento como amenazante y por último se activa el organismo para responder ante la amenaza, poniendo en juego las diversas estrategias de afrontamiento con las que cuenta el sujeto.

Existe un sin número de factores desencadenantes en este proceso de estrés y una de sus principales fuentes son las alteraciones de las funciones fisiológicas, es decir las enfermedades. No hay duda que las enfermedades crónicas como la Insuficiencia Renal, alteran considerablemente el equilibrio del organismo y exigen un esfuerzo mayor de la persona para poner en práctica los recursos de afrontamiento, tanto biológicos, psicológicos y sociales, ya que se enfrenta miedos y amenazas reales contra la vida. La enfermedad amenaza la integridad corporal, el bienestar emocional, el auto-concepto, planes a futuro, realización de actividades habituales, cumplimiento de roles y la necesidad de ajustarse a un nuevo entorno tanto físico como social; causas suficientes para una reacción fisiológica negativa y además posibles trastornos psicológicos comórbidos.

En situaciones estresantes la persona afectada puede presentar distintas manifestaciones fisiológicas, motoras, cognitivas y emocionales. Parada (2008), hace referencia a las manifestaciones a nivel cognitivo y refiere que el estrés en esta área puede generar: confusión, desconcierto, pensamientos negativos, valoraciones irracionales, desorganización en la toma de decisiones, bloqueo en el análisis de la información, pensamientos intrusivos y disminución en la capacidad para la resolución de problemas; en cuanto al nivel emocional el paciente puede presentar: ansiedad, estupor, irritabilidad, negación, culpabilidad, indefensión y fuertes sentimientos de tristeza. El estrés puede tener innumerables consecuencias y en las primeras semanas todas estas reacciones pueden ser normales. “En las primeras semanas, todas las reacciones de las personas afectadas, sean accidentales o intervinientes, son reacciones normales de personas normales, que han vivido una situación anormal o extraordinaria.” (Parada, 2008:85). Sin embargo si la respuesta se mantiene por un periodo de tiempo más frecuente y duradero, las consecuencias son distintas y pueden causar mayor malestar en

nuestro organismo, conducta y sobre todo en el ámbito emocional y social. Además, si el organismo no puede recuperarse completamente pueden presentarse los siguientes problemas: apatía, depresión, vergüenza, baja autoestima, autocrítica, culpabilidad, irritabilidad, desplazamiento afectivo, abandono de amistades, aislamiento, pérdida de interés en las actividades que realizaba antes, represión de sentimientos y falta de comunicación.

La mayor parte de las enfermedades siempre son vividas con un alto nivel de estrés por parte de las personas afectadas, por lo tanto es importante conocer y poner en práctica mecanismos o técnicas de afrontamiento que reduzcan el impacto del acontecimiento en la vida del sujeto y prevengan los trastornos psicológicos comórbidos mencionados anteriormente.

Hay distintas técnicas que contribuyen para controlar y afrontar el estrés, en este caso generado por enfermedades crónicas, y poder hacer frente a estas situaciones con éxito.

2.3.1 Estrategias que necesitan acompañamiento o intervención de un profesional

- **Autoobservación**

La Auto observación es un método que consiste en que el sujeto debe tratar de percibir y observar todo lo que sucede en su interior cuando realiza una determinada acción para llevar un registro preciso sobre los datos concretos de su conducta.

Labrador (1997), refiere que este procedimiento ayuda al control del individuo sobre su propia conducta, permite que la persona tenga una retroalimentación continua de los cambios que se dan en su conducta, se puede realizar en cualquier momento o lugar y se puede tener acceso a información inaccesible para otros, ya que se trata de conductas no observables como emociones y sentimientos.

Proceso de aplicación

Primero se debe presentar la técnica al paciente, después definir la conducta problema que se desea observar y enfatizar la necesidad de registrar todas las situaciones en que esta se

manifieste y discriminar su aparición. El registro se puede realizar de acuerdo al siguiente cuadro.

Tabla #4:Ficha para autoregistro de conductas

FICHA DE AUTOREGISTRO PARA LA CONDUCTA DE LA INGESTA DE LIQUIDOS							
DIA DE LA SEMANA	HORA	LUGAR	GRADO DE APETENCIA	¿TOMO AGUA?	ACTIVIDAD	¿CON QUIEN?	ESTADO DE ANIMO
			1 A 5				
LUNES							
MARTES							
MIERCOLES							
JUEVES							
VIERNES							
SABADO							
DOMINGO							

Fuente: Labrador, F. (1997). *Luchar contra el estrés*. Madrid: Editorial Temas de Hoy.

Las hojas de registro ayudan a que la persona identifique los estímulos que refuerzan la aparición de la conducta problema, permiten conocer si la conducta aumenta o disminuye, además brinda una base de datos general que será una referencia para los cambios que se deben producir en el tratamiento y por último el proporcionar una retroalimentación de la conducta puede tener efectos de refuerzo o de castigo sobre la misma.

Esta técnica sería de mucha utilidad para llevar un registro y control de la ingesta de líquidos para los pacientes con insuficiencia renal crónica, también brindaría mayor información para los cuidadores del enfermo, ayudaría al paciente a tener más conciencia de su conducta para ejecutar un plan de acción que disminuya la misma y así mejorar la adaptación a las restricciones del tratamiento de diálisis.

- **Reestructuración cognitiva**

La reestructuración cognitiva busca modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, trata de cambiar las formas inadecuadas de pensar. Ayuda a cambiar

autoafirmaciones irracionales, identificar emociones, reconocer pensamientos automáticos y encontrar formas alternativas de observar la situación externa. Parada (2008), menciona que todos estamos siempre en una constante autocharla en nuestro interior, describimos, etiquetamos y juzgamos todos los sucesos que nos rodean, pero muchas veces juzgamos de manera irracional e inadecuada ciertas situaciones, o nos juzgamos a nosotros mismos de forma negativa, por lo tanto tendremos respuestas poco adaptativas a una situación nueva que repercutirá en el equilibrio de nuestra vida. Estos son los pensamientos automáticos, errores en el momento de procesar la información, son espontáneos, poco racionales, tienden a dramatizar ya que tienen una gran carga emocional, son propios de cada individuo y por lo tanto difíciles de desviar puesto que son aprendidos desde la infancia y dependen de nuestros esquemas cognitivos.

Las distorsiones cognitivas más comunes son:

- Magnificación o minimización: exagerar o disminuir el significado de la situación, por ejemplo: “*¿Y si este dolor de cabeza es un tumor?*” (Parada, 2008:113).
- Personalización: se refiere a atribuirse la responsabilidad del acontecimiento negativo a uno mismo sin tener nada que ver con él, por ejemplo: “*Se quieren ir porque se aburren conmigo*” (Parada, 2008:114).
- Sobregeneralización: sacar conclusiones en basa a un solo incidente, un detalle o una sola evidencia, por ejemplo: “no he sacado adelante a esta persona, todo lo hago mal” (Parada, 2008:114).
- Tener razón: actitud defensiva, prueban que su punto de vista es el correcto y tienen dificultad para escuchar nueva información, por ejemplo: “*el único que entiende de esto, soy yo*” (Parada, 2008:115).
- Razonamiento emocional: la persona cree que las emociones que siente determinan la realidad de lo que sucede, por ejemplo: “*me siento culpable, tengo que haber hecho algo mal*” (Parada, 2008:116).
- Adivinación del pensamiento: la persona tiende a realizar predicciones negativas sobre los demás, lo que sienten y piensan y sobre las causas de algún acontecimiento, por

ejemplo: “*si digo algo en la reunión van a pensar que solo digo tonterías y me van a rechazar*” (Parada, 2008:115).

Proceso de aplicación

Primero es importante que se identifiquen las emociones y conductas problemáticas de acuerdo a la situación que se esté afrontando, después también hay que identificar o reconocer los pensamientos que nos causan malestar emocional como las distintas creencias irracionales mencionadas anteriormente, posteriormente se debe desarrollar nuevas maneras de dar significado a la situación reconsiderando los pensamientos automáticos, poniendo en duda nuestros pensamientos y a través de autodiálogos alternativos, y por último, consolidar las nuevas alternativas.

- **Detección del pensamiento**

La técnica de detección del pensamiento tiene como objetivo principal tratar de modificar los pensamientos e imágenes negativas o reiterativas que a largo plazo pueden producir malestar e intranquilidad en el paciente. Es evidente que los pensamientos negativos pueden producir consecuentemente emociones negativas, por lo tanto es importante controlarlas y así reducir los niveles de estrés. “El objetivo en estos casos no es razonar sobre si fue tan desgraciado o tan importante el suceso, o si existe realmente alguna probabilidad de que llegue a producirse lo que se está temiendo; lo más adecuado será conseguir que no aparezcan, o hacerlos desaparecer lo más rápidamente posible.” (Parada, 2008:105)

Proceso de aplicación

Primero se deben identificar los pensamientos no deseados y si es posible expresarlos verbalmente, para esto se puede hacer un listado con todos los pensamientos estresores; después se debe escoger un estímulo de parada del pensamiento como una palmada o un grito fuerte, esperar y concentrarse varios segundos; por último sustituir el pensamiento mediante tareas distractoras, es decir, después de la orden de parada dirigir la atención hacia una actividad o recuerdo positivo que permita alejar la atención de la cadena de pensamientos negativos. Parada (2008), menciona que algunas de las tareas distractoras podrían ser recordar

un lugar o situación agradable, contar series numéricas, describir el lugar donde se encuentre, etc. Este proceso se debe realizar varias veces con cada cadena de pensamiento que se desee modificar.

2.3.1 Estrategias que el paciente puede realizar de forma autónoma

- **Relajación y respiración**

Las situaciones estresantes traen consigo respuestas fisiológicas y emocionales muy intensas, alteran la evaluación cognitiva y dificultan la expresión de respuestas asertivas, por lo tanto es muy común que los problemas psíquicos generen problemas orgánicos, de manera involuntaria. El objetivo de la técnica de relajación es reducir el malestar psicológico a través de la relajación física y así evitar el desarrollo de somatizaciones.

“Consiste en la realización de ejercicios físicos de contracción relajación de los diferentes músculos del cuerpo y, a su vez, en focalizar nuestra atención en las sensaciones asociadas a los diferentes estados de tensión y relajación.” (Parada, 2008:97).

Procedimiento de aplicación

Se trabaja con los músculos de las extremidades superiores e inferiores, músculos de la cabeza, cara y los músculos del abdomen y tórax. Se debe realizar el ejercicio en un lugar adecuado con la temperatura ideal, sin ruidos ni distracciones y con ropa cómoda; cuando esté en una posición cómoda puede empezar tensionando de uno en uno los músculos de cada grupo y aplicando la mayor tensión en el menor tiempo posible, mientras se concentra y familiariza con las sensaciones que se van asociando, de igual manera se realiza la relajación de los músculos y se debe repetir el trabajo por lo menos una vez con cada grupo de músculos.

La respiración también tiene su rol importante cuando atravesamos una situación problemática, “Las situaciones de estrés provocan habitualmente una respiración rápida y superficial, lo que implica un uso reducido de la capacidad funcional de los pulmones, una peor oxigenación, un mayor gasto y aumento de la tensión general del organismo.” (Parada,

2008:102). Por lo tanto, es importante saber controlar la respiración y aprender formas adecuadas de hacerlo en situaciones difíciles.

El proceso es corto y fácil de realizar, hay que mantener una postura cómoda, respirar por la nariz, lenta y profundamente de abajo hacia arriba, tratando de llenar los pulmones durante cinco segundos, mantener la respiración por tres segundos o más si es posible, después expulsar el aire lentamente en un lapso mínimo de cinco segundos sin mover el pecho y por último relajar los músculos del abdomen y tórax.

- **Actividades gratificantes**

Esta técnica permite que el paciente pueda controlar y modificar sus estados de ánimo, las reacciones emocionales y niveles altos de ansiedad a través de un programa de actividades gratificantes. González (1999), señala que la constante actividad incrementa la motivación y mientras más actividades agradables se realicen, mejora el estado de ánimo. Cuando el estado de ánimo es bueno es fácil estar motivado y decidido para realizar cualquier acción, sin embargo cuando los sentimientos son del tipo depresión, apatía y desánimo, la persona se vuelve pasiva y sin iniciativa para actuar, es en estos momentos que interviene esta técnica. Hay que hacer cosas sin estar motivados y evitar pensamientos que dificultan la realización de actividades como: no tengo ganas, no puedo hacerlo, estoy cansado, no ayuda de nada, etc., para cambiarlos por pensamientos alternativos que no desanimen a realizar la actividad prevista.

Se debe realizar una lista de actividades potencialmente gratificantes, pueden ser experiencias nuevas o que ya se ha realizado antes, como por ejemplo: leer, hacer ejercicio, disfrutar de la compañía de otras personas, aprender algo nuevo, pasear, realizar manualidades, etc. No importa si las actividades son sencillas o insignificantes, ya que el objetivo es que se rompa con la pasividad en la que se encuentra la persona y por lo tanto elevar el estado de ánimo.

Es necesario llevar un registro con todas las actividades que se realicen, el grado de satisfacción que causó cada una de ellas, la frecuencia con que se realizó y el estado de ánimo antes y después de cada actividad.

Tabla #5: Ficha para registro de actividades

HOJA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES							
DIA DE LA SEMANA	ACTIVIDAD 0 – 10	ESFUERZO O ESPERADO 0 - 10	SATISFACCIÓN O N ESPERADA 0 - 10	ESFUERZO O REAL 0 - 10	SATISFACCIÓN O REAL 0 - 10	ESTADO O DE ÁNIMO 0 - 10	NIVEL DE ANSIEDAD 0 - 10
LUNES							
MARTES							
MIÉRCOLES							
JUEVES							
VIERNES							
SÁBADO							
DOMINGO							

Fuente: González, J. (1999). *Sentirte bien está en tus manos*. España: Editorial SAL TERRAE.

- **Autoafirmaciones positivas**

La técnica de autoafirmaciones positivas consiste en modificar los diálogos internos y externos negativos que no son adecuados y no se adaptan en el momento de manejar un problema por pensamientos más positivos y realistas. Se trata específicamente de cambiar las frases que comúnmente se utiliza cuando se atraviesa una situación emocionalmente demandante para superar de mejor manera el problema al reinterpretar la situación y disminuir la ansiedad. Si es necesario se puede llevar un registro escrito de las frases con las que más se esté familiarizado y utilizarlas en momentos necesarios, Gonzales (1999), describe algunas frases muy comunes:

“No puedo soportarlo más La ansiedad es molesta, pero no peligrosa”. (Gonzales, 1999:116).

“Esto es terrible Aunque estoy incómoda con la situación puedo soportarla”. (Gonzales, 1999:116).

“Voy a perder el control Intentaré respirar profundamente para estar más tranquila.” (Gonzales, 1999:116).

2.4 REDES SOCIALES DE APOYO PARA EL ENFERMO CRÓNICO

Se han realizado un sin número de estudios relacionados al apoyo social y las redes de apoyo del enfermo crónico, pero todos concluyen que indudablemente las relaciones y grupos sociales siempre van a tener efectos beneficiosos en la salud física y mental de cada individuo. Rodríguez, define el término de red social como “el conjunto de todas aquellas otras con las que mantiene contacto y que constituyen una forma de cuerpo social.” (Rodríguez-Marín, 2008:102). Los ejemplos más comunes de redes sociales son la familia, los grupos de amigos, compañeros de trabajo, y otros grupos con quienes la persona interactúa constantemente. El autor también menciona que existen algunas funciones principales de las redes de apoyo, la primera es la ayuda tangible o intangible para cumplir metas o para enfrentar y solucionar problemas; la segunda es dar consejo e información para manejar determinada situación; la retroinformación que se refiere a proporcionar información evaluadora sobre las acciones de la persona; y por último, proporcionan elementos de referencia y previenen al sujeto del aislamiento.

“Parece que no hay duda de que el apoyo social y la salud están relacionados de forma que la mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos a los que les falta o les falla el apoyo.” (Rodríguez-Marín, 2008:105). Los sistemas o redes de apoyo juegan un papel importantísimo en cada individuo y mucho más cuando hablamos de enfermos crónicos, ya que brindan soporte para mantener la integridad psicológica y física, además el sentimiento de pertenencia y la medida en que la persona está integrada dentro de cada sistema de apoyo social es crítico en la mediación del impacto de los acontecimientos vitales estresantes y también para satisfacer las necesidades emocionales y de interacción que cada persona necesita.

Cuando hablamos específicamente de pacientes con enfermedades crónicas, las redes de apoyo social, pero sobretodo el principal grupo de pertenencia, la familia, juegan un papel trascendental para la adaptación al proceso y tratamiento de la enfermedad e interfieren como

moderador de los efectos del estrés. Algunos autores consideran estos sistemas sociales como una función amortiguadora, ya que los efectos en relación a las respuestas depresivas, el impacto, el ajuste y adaptación a la enfermedad y el estrés que genera pueden ser percibidos de mejor manera y generar menor impacto si la persona dispone de un correcto apoyo social. Un resultado importante de la influencia del grupo de pertenencia familiar, es la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las prescripciones médicas.

Cuando la persona no dispone de una red de apoyo, se encuentra completamente solo, o su sistema de apoyo social es muy reducido y deteriorado, es posible que presente más conductas de afrontamiento pobres e inestabilidad emocional; que otras que cuentan con relaciones seguras y confiables. También existen casos en que el paciente cuenta con este apoyo pero juzga a estas relaciones como malas y las evita, ya que le generan sentimientos de vulnerabilidad.

El apoyo social casi siempre tiene repercusiones favorables, sin embargo su presencia no siempre es positiva, ya que algunas veces puede haber influencia negativa o puede ocasionar problemas de dependencia.

La enfermedad crónica y sus tantas limitaciones, no solo interactúan con los recursos de afrontamiento del enfermo, sino de su familia también y muchas veces el impacto que tiene la enfermedad en la familia es tan grande o incluso mayor que el que sufre el propio paciente. Casi siempre la vida de la familia llega a girar en torno a la situación estresante, utilizando todos sus recursos para afrontarla y dejando de lado cualquier plan a futuro; también es común que un acontecimiento tan estresante como la enfermedad crónica, pueda provocar respuestas desadaptativas por parte de la familia que podrían potencialmente ser negativas para el paciente. Es por eso que la psicoeducación es importante tanto para el paciente como para su familia para así lograr potenciar el efecto positivo del apoyo familiar.

Dentro de todas las redes sociales de apoyo, se reconoce a la familia como la más cercana y con mayor capacidad de influenciar en el enfermo. La familia nuclear es el mayor soporte para el enfermo, esta interviene en su autocuidado, garantiza la supervivencia y estabilidad física y emocional del enfermo y de cualquiera de sus integrantes. En cuanto a la insuficiencia

renal, específicamente, promueve una mejor adaptación al tratamiento de hemodiálisis, priorizar la atención médica, apoyo y soporte emocional. Por lo tanto, es evidente que esta vinculación es altamente significativa.

En conclusión, el papel que juegan las redes de apoyo para los pacientes crónicos es fundamental, interfieren en la adaptación, prevención y recuperación de la enfermedad, generan ambientes que promueven la salud, ayudan a mantener la autoestima, evitan la producción de acontecimientos estresantes y ayudan a controlar las respuestas emocionales mal adaptativas, por lo tanto es uno de los recursos de afrontamiento psicológico más importantes con respecto a la enfermedad crónica.

CAPÍTULO 3 – MARCO METOLÓGICO: FASE DIAGNÓSTICA

3.1 Metodología

Se utilizará el método lógico inductivo, tomando específicamente la inducción científica ya que se partirá de casos particulares para obtener relaciones de causalidad y de esta manera llegar a hipótesis generales que permitan seleccionar la información que contendrá la guía. Se tomará una muestra representativa para obtener generalizaciones y también nos basaremos en la observación. Este trabajo corresponde a una disertación de tipo proyecto que es una intervención práctica y gracias al uso de fundamentos teóricos se puede intervenir directamente y obtener resultados reales que respondan y ayuden en la resolución de la problemática de los pacientes de la institución que adolecen de IRC.

Para cumplir con el fundamento teórico de la investigación, se hará un recorrido de la enfermedad crónica desde una aproximación psicológica y las estrategias de afrontamiento en las obras de distintos autores como: Richard Lazarus, Aaron Beck, Marcela Arrivillaga Quintero, José Luis Ybarra Sagarduy, Leopold Bellak, Walter Riso, Francisco Labrador, entre otros.

En la parte aplicada de esta disertación se utilizará la entrevista personal. Según técnica de recopilación de la información mediante una conversación profesional, se realizarán entrevistas semi-estructuradas con cada paciente, para así obtener vivencias personales frente a la enfermedad, las mismas que serán grabadas previa autorización del paciente, con la finalidad de mantener fidelidad de la información proporcionada y no omitir ningún dato importante. Debido al continuo contacto con los pacientes con insuficiencia renal crónica de la institución, se utilizará la técnica de la observación, que consiste en observar el fenómeno y tomar toda la información posible para analizarla posteriormente.

3.2 Instrumentos – Herramientas

Se aplicó un Test específico para medir estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad crónica: “Inventario Multidimensional COPE-28”. Este instrumento es una versión abreviada

del Inventario COPE de Carver (1997), esta validada al español y consta de 28 ítems y 14 subescalas que describen de manera breve las estrategias de afrontamiento adaptativas y no adaptativas que cada persona usa frente a una situación estresante. Carver (1997), desarrolló este test debido a la sobrecarga de preguntas que presentaba el original y el tiempo que requería para responder a todos los ítems que evalúa, por estos motivos redujo el instrumento a 14 escalas de evaluación que corresponden a 14 diferentes estrategias de afrontamiento. Cada escala contiene dos ítems que son medidos de acuerdo a una escala ordinal con cuatro alternativas de respuesta entre “no hago esto en lo absoluto” a “hago esto con mucha frecuencia”.

COPE-28 o Brief COPE, es un instrumento que consta con propiedades psicométricas adecuadas. Su autor Carver (1997), en sus estudios indicó que su consistencia interna o alfa de Cronbach oscila entre 0,60 y 0,80. Esta versión considerada como una medida breve para evaluar las respuestas de afrontamiento eficaces e ineficaces se ha adaptado y validado en distintos países demostrando similares porcentajes de confiabilidad.

Los parámetros que evalúa el inventario son: afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva, aceptación, auto distracción, desahogo, religión, apoyo social, apoyo emocional, humor, desconexión, negación, autoinculpación y uso de sustancias. Estas estrategias responden a respuestas centradas en solucionar el problema y respuestas enfocadas en actuar y controlar las reacciones emocionales.

También se aplicó una entrevista semiestructurada que se realizó con la colaboración de informantes calificados, con el apoyo y dirección de los profesionales que laboran en la institución: doctores especialistas, enfermeras, psicóloga, nutricionista y trabajadora social, con el fin de construir y validar los parámetros que se busca evaluar con el instrumento. La entrevista incluye preguntas de variables sociodemográficas como: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, datos familiares e historia de la enfermedad.; también evalúa estilos de respuesta y conducta frente a la enfermedad crónica; cambios en la personalidad; cambios en el desempeño personal, social y profesional con la aparición de su enfermedad.

Para validar que la guía de estrategias de afrontamiento psicológico sea realmente adecuada para la población a la que está dirigida, se realizó una encuesta a los pacientes de la muestra, al personal médico y administrativo para validar cualitativamente su contenido y uso dentro de la institución. La encuesta evalúa los siguientes parámetros: si el material es visualmente atractivo para el lector, la información es precisa y de fácil comprensión, la información es importante y responde a la problemática y las necesidades de los pacientes de la institución.

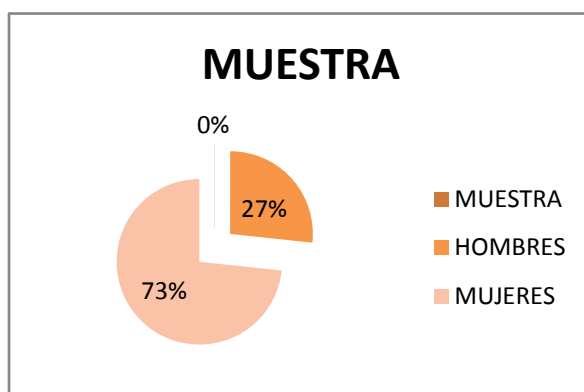
3.3 Resultados

Se trabajó en la institución recolectando toda la información necesaria para el proyecto, desde el mes de Octubre hasta Diciembre de 2013. Se realizaron de dos a tres sesiones con cada paciente, se aplicó una entrevista semiestructurada y el Test de COPE para medir las estrategias de afrontamiento.

3.3.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Primero se presentarán los resultados obtenidos gracias a la realización de las entrevistas, las cuales proporcionaron datos personales e información general de la muestra con la que se trabajó.

Gráfico #1: Datos de la muestra con la que se trabaja de la Unidad Renal DIALIBARRA

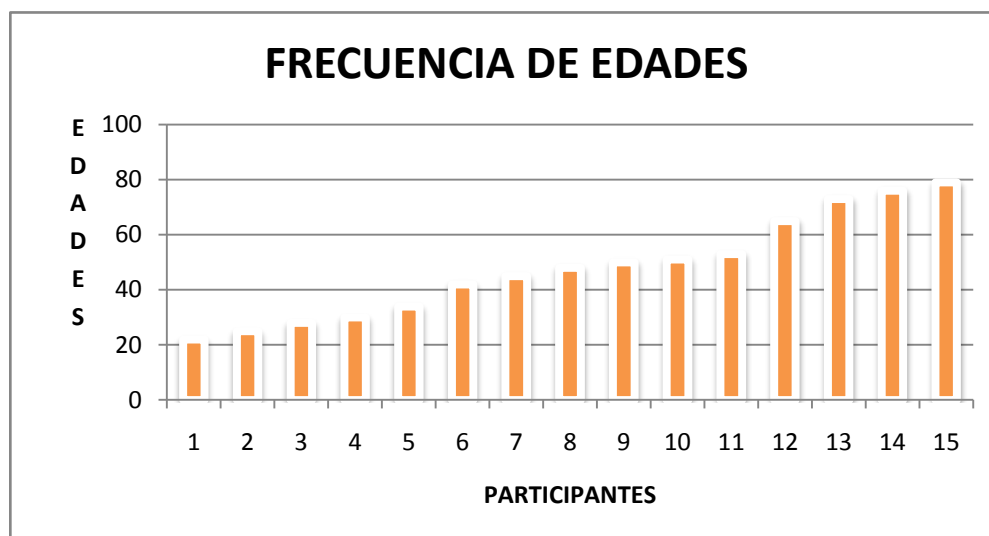


Fuente: Unidad Renal DIALIBARRA

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

La muestra total fue de 15 pacientes y la distribución según el género es de 11 mujeres, equivalente al 73% y 4 hombres que corresponde al 27%, como se puede observar en el gráfico.

Gráfico #2: Frecuencia de edades de los pacientes de la muestra de DIALIBARRA



Fuente: Unidad Renal DIALIBARRA

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

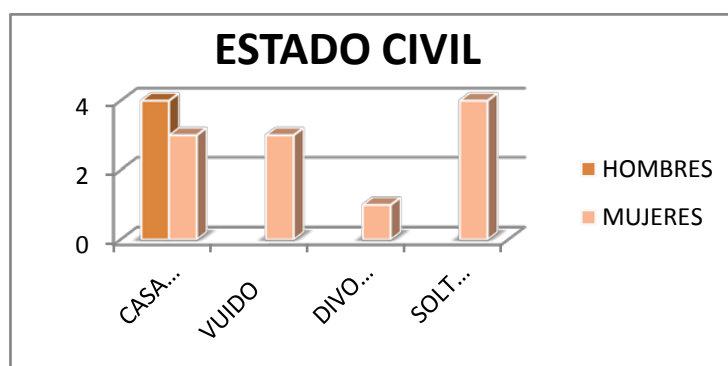
De acuerdo a la frecuencia de edades, el total de la muestra fluctúa dentro del rango de 22 a 79 años, siendo la media 48 años, mientras que la media de edad para las pacientes mujeres es de 50 y para los hombres de 43 años. Los rangos de edad de acuerdo a cada grupo respectivamente oscilan entre 22 a 79 años para mujeres y de 25 a 53 en hombres.

Remitiéndonos al cuadro expuesto, se encontró que el 20%, es decir solo tres pacientes, tienen entre 22 y 28 años y ya se someten a tratamientos de hemodiálisis desde muy temprana edad, por lo tanto puede convertirse en un periodo difícil para afrontar la enfermedad, este es un dato significativo ya que muestra que la edad no es una variable excluyente en la insuficiencia renal. Otro porcentaje de la muestra está ubicado en el rango de edad de 30 a 48 años, que suman un total de cinco pacientes, es decir el 33% del total. Por el contrario siete pacientes que tienen entre 50 y 79 años y que representan el 47%, un gran porcentaje de la muestra, han

sido diagnosticados con IRC a edades avanzadas. Se puede decir que un poco más de la mitad de la muestra ha iniciado la enfermedad y el tratamiento a una edad relativamente temprana.

Al observar datos sobre su instrucción académica, el 53% tiene formación básica, el 20% culminó el bachillerato, 20% finalizó estudios universitarios y el 7% informó que no tiene ninguna instrucción académica. Como se explica posteriormente, estos datos muestran una importante relación entre el nivel de instrucción, el grado de conocimiento de la enfermedad y los procesos autoeducativos que pocos pacientes realizan.

Gráfico #3: Estado civil de los pacientes de la muestra de DIALIBARRA



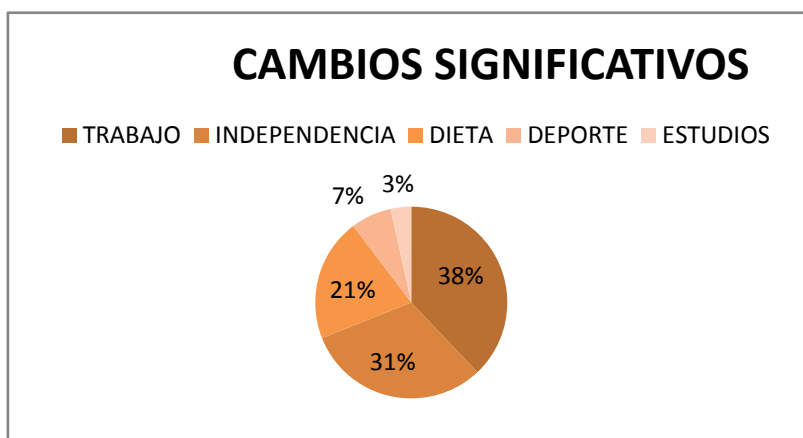
Fuente: Unidad Renal DIALIBARRA.

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

En cuanto a datos sobre su estado civil, el 47% son casados; el 27% son solteros; 20% son viudas; y el 7% divorciadas, se puede apreciar en el gráfico que casi la mitad de los pacientes de la muestra son casados y por lo tanto cuentan con el apoyo indispensable de la familia. Esta información está relacionada con las redes sociales de apoyo con las que cuenta cada paciente y se encontró que el 27%, un porcentaje muy significativo, no cuentan con una red de apoyo estable; en uno de los casos la paciente vive con sus dos hermanos porque sus padres fallecieron; dos casos son sobre madres solteras, que no cuentan con la ayuda de sus padres, hermanos o familiares; y el último es de una paciente viuda que vive sola. Mientras que el resto de pacientes sí cuenta con el apoyo de padres, hermanos, cónyuges, hijos, y otras personas cercanas. Más adelante se detallara cómo el apoyo social interfiere adecuada e inadecuadamente en el afrontamiento psicológico de la enfermedad.

La enfermedad crónica siempre va a generar cambios en la vida de la persona, en su rutina, en su alimentación, estudios etc. Pero según los resultados de la entrevista los cambios más significativos para los pacientes son: primero tener que dejar de trabajar, con un 67%; segundo, la falta de independencia para realizar cualquier actividad así sea la más insignificante, en un 60%; después ubican las restricciones alimenticias con el 40%; además también refieren otros cambios importantes como, abandonar los estudios y el deporte. La variable más significativa es la falta de trabajo. Como se observa, la enfermedad les impide a casi la mayoría de pacientes desempeñarse en el ámbito profesional o laboral de manera normal, si bien algunos pacientes refieren tener formación y título universitario, ahora no pueden ejercer libremente su profesión por las restricción que la insuficiencia renal y sus síntomas físicos y psicológicos les demanda.

Gráfico #4: IRCy los cambios que genera en la vida del paciente, DIALIBARRA



Fuente: Entrevistas para el estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas.

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

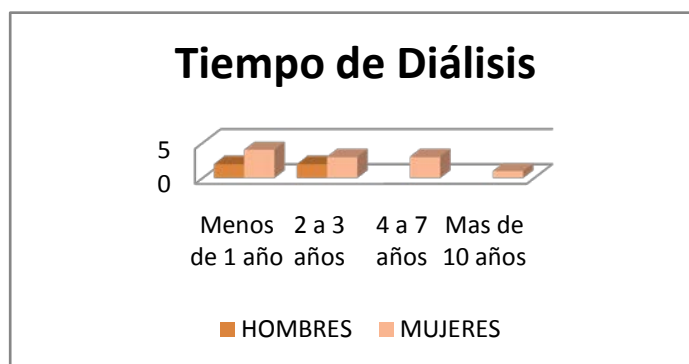
Respecto a estos cambios el 87%, es decir 13 de los pacientes se vieron obligados a abandonar sus trabajos debido al tratamiento que requiere la enfermedad, mientras que el 13% que representa a dos pacientes, en este caso mujeres, que se dedican al arte y confección todavía mantienen la misma situación laboral que realizaban antes de ser diagnosticados con IRC, sin embargo, tienen mayores limitaciones y dificultades físicas para hacerlo.

En cuanto a la comorbilidad de la enfermedad, muchos de los pacientes que son diagnosticados con Insuficiencia renal crónica, la han desarrollado como resultado del tratamiento a otros padecimientos que promueven la aparición o progresión a la IRC.

Según datos universales, la diabetes y la hipertensión arterial son las dos primeras causas de esta enfermedad, pero de acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación se encontró que 3 (20%), de los 15 pacientes, generaron insuficiencia renal por Diabetes, otro 14% obtuvo la enfermedad a causa de Lupus y 1 paciente (7%) a causa de Litiasis Renal.

De acuerdo al tiempo que se realizan tratamiento dialítico, el rango es bastante variado, en el gráfico se puede distinguir que el 40% o casi la mitad de los pacientes de la muestra llevan menos de un año realizándose el tratamiento, el 33% de dos a tres años de diálisis, 20% de cuatro a siete años y solamente una persona, es decir el 7% de la muestra, se mantiene en diálisis por más de diez años. Además es muy importante mencionar que de toda la muestra con la que se trabajó, solo una paciente está en proceso para realizarse un trasplante renal de emergencia.

Gráfico #5: Tiempo en tratamiento de diálisis de los pacientes de la muestra de DIALIBARRA



Fuente: Entrevistas para el estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas.

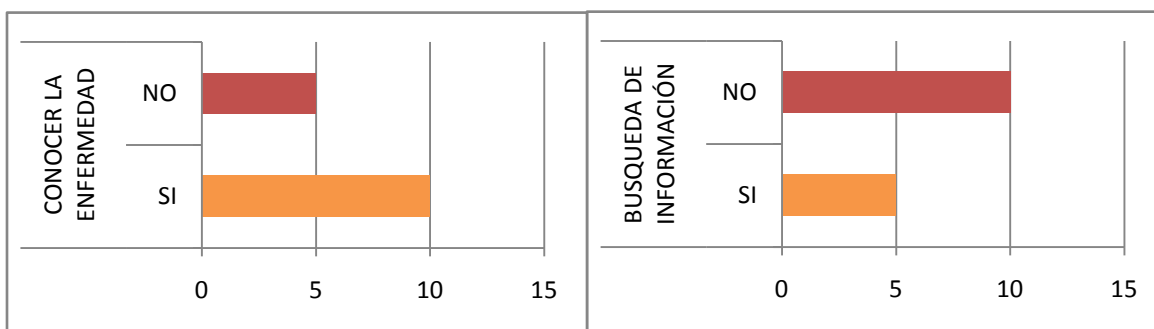
Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

El tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el inicio del tratamiento dialítico varía notablemente, muchas veces es a causa de las recomendaciones e instrucciones médicas, pero

también se da por descuido, falta de interés y colaboración del paciente, por ejemplo: el 54% realizó un seguimiento médico adecuado después de conocer el diagnóstico de IRC y por lo tanto, tardaron no más de un año en comenzar la terapia de diálisis; no sucede igual con el 20% de los pacientes que por descuido, miedo o falta de interés dejaron pasar de dos a cinco años para empezar el tratamiento, es decir tuvieron que ser hospitalizados debido a la grave condición en la que se encontraban para comenzar inmediatamente con la diálisis, ya que de otra forma no lo hubieran hecho; existen otros casos que también han esperado algunos años para iniciar la terapia, sin embargo estos han sido por indicación de los médicos tratantes, puesto que se encontraban en tratamientos específicos para otro tipo de enfermedades las cuales generaron precipitadamente la aparición de IRC. Por último, hay un caso en particular, en que la paciente refiere que la aparición de insuficiencia renal crónica fue solamente por mala práctica médica.

Para comenzar a trabajar sobre las estrategias de afrontamiento, uno de los primeros temas que se abordó en la entrevista, fue conocer qué tan informados están los pacientes sobre su enfermedad, si conocen el por qué de su aparición, cómo funciona el tratamiento y las máquinas de diálisis, porqué tienen que cumplir con tantas restricciones y si se han autoeducado por medio de libros, internet o personas calificadas sobre su malestar físico y psicológico.

Gráfico #6: Nivel de conocimiento de la enfermedad



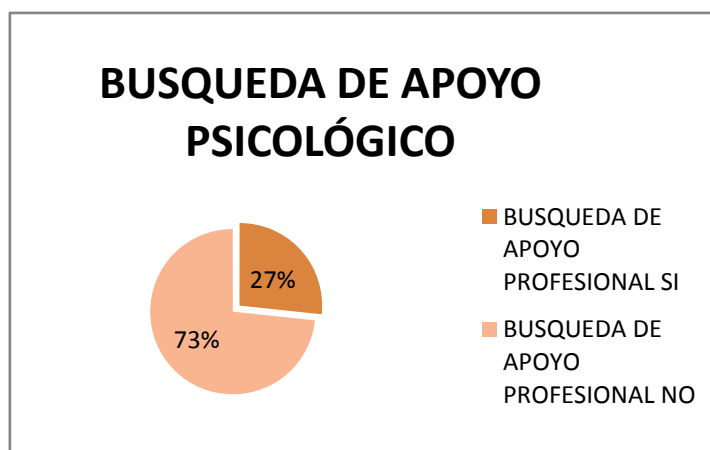
Fuente: Entrevistas para el estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas.

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

Los resultados muestran que el 67%, conoce a fondo su enfermedad gracias a la explicación de los doctores, enfermeras y todo el personal capacitado de la institución, pero contradictoriamente solo el 33% se ha involucrado en procesos autoeducativos para conocer más sobre la insuficiencia renal crónica, sus síntomas y tratamiento. Se observa que los pacientes que han realizado procesos investigativos dentro y fuera de la unidad renal manifiesta una mejor adaptación al proceso gracias a su afrontamiento activo para manejar la situación estresante; mientras que existe también un porcentaje pequeño pero muy significativo de personas que no conocen a detalle su enfermedad, actitud que podríamos mostrar una tendencia evitativa y de negación para afrontar la situación, o también puede estar relacionado con el bajo nivel de escolaridad de algunos de los pacientes.

Los pacientes que han culminado sus estudios primarios o secundarios mostraron mayor tendencia por enfocar sus respuestas al afrontamiento emocional, mientras que los pacientes que han realizado estudios de tercer nivel afrontan su enfermedad activamente, buscando información, buscando apoyo profesional y están muy informados de su estado de salud. Por lo tanto, se puede decir que el nivel de escolaridad es una variable que afecta e interviene en la selección de estilos y estrategias de afrontamiento psicológico.

Gráfico #7: Pacientes de DIALIBARRA que han buscado apoyo psicológico



Fuente: Entrevistas para el estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas.

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

De igual manera sucede al momento de buscar la ayuda de un profesional, son muy pocos los pacientes que recurren al área de psicología o de trabajo social, fuera de los controles establecidos, cuando viven alguna crisis emocional. Es probable que, no solicitar ayuda psicológica profesional esté más relacionado con la falta de confianza y cercanía con el profesional, que el desconocimiento de su rol como terapeuta. Es por esto que el 73% de los pacientes acude al psicólogo solo una vez al mes por controles de rutina y refieren que prefieren buscar la ayuda de personas cercanas que están pasando por la misma situación. Por el contrario, solo cuatro pacientes, que equivale al 27% de la muestra ha requerido voluntariamente la ayuda de un profesional para trabajar, afrontar y solucionar su malestar emocional.

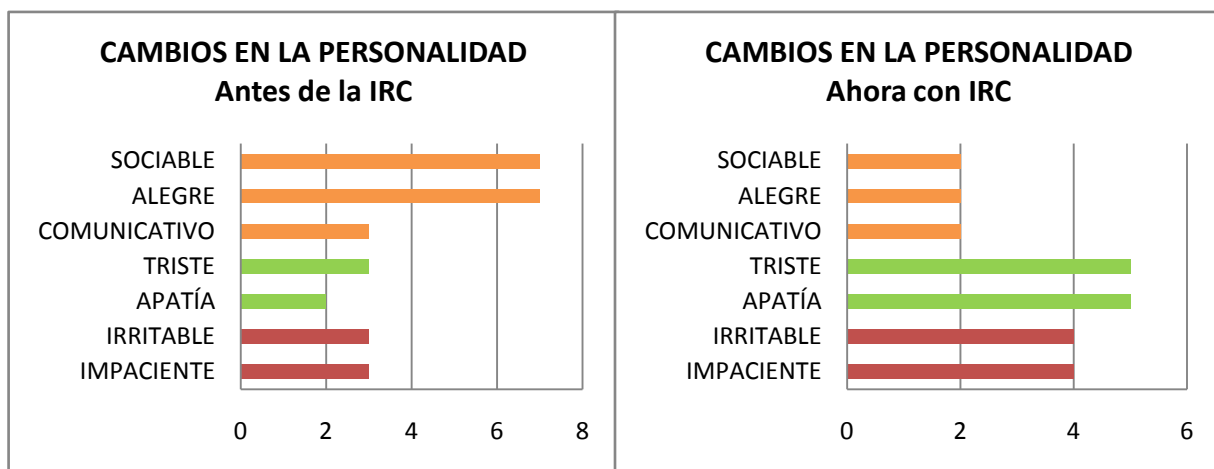
Por esto la importancia de generar procesos autoeducativos mediante una guía de fácil acceso para toda la población de la unidad, que ayude a los pacientes a conocerse, entender su malestar y afrontarlo asertivamente, además de incentivar y conocer el rol del terapeuta en la institución.

Una fuente de apoyo bastante común para todas las personas y más aun para las que padecen de alguna enfermedad, son las creencias religiosas o la espiritualidad. Lazarus y Folkman, las relacionan con creencias existenciales. “Las creencias existenciales, como la fe en Dios o en otro orden natural del universo, son creencias generales que ayudan a la gente a conservar la esperanza y a buscar el significado de la vida, a pesar de sus experiencias dolorosas.” (Lazarus-Folkman, 1986:100)

Según los resultados obtenidos, el 100% manifiesta ser católico y participa activamente de su religión o espiritualidad. Sin embargo, en todos los casos esto sucede ahora con la presencia de su enfermedad. Los pacientes refieren que es una fuente de apoyo y juega un rol importante al momento de aceptar y percibir el impacto de su dolencia, les ayuda a asumir la realidad y de cierta manera conformarse con los hechos, la religión siempre va a estar ligada íntimamente al sistema de valores por eso también mencionan que les aporta tranquilidad y paz interior a pesar de su sufrimiento y miedo.

En cuanto a la conducta emocional se encontró que la mayoría de los pacientes muestran grandes cambios en su personalidad y por lo tanto en su conducta social, Rodríguez (2008), refiere que es bastante común que las personas que atraviesan por una enfermedad crónica manifiesten conductas antisociales, lo cual se puede evidenciar en los resultados de la entrevista.

Gráfico #8: Características de personalidad antes y después de la IRC



Fuente: Entrevistas para el estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas.

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

Como se observa en los gráficos, el proceso de una enfermedad crónica es capaz de generar grandes alteraciones emocionales y sociales, ya que se toma en cuenta que se requiere de un proceso indefinido y un tratamiento invasivo. La enfermedad supone una reorganización emocional, la mayoría de veces negativa. Como sucede en estos casos, antes de ser diagnosticados y empezar el tratamiento de diálisis, se observa una mayor tendencia por actitudes positivas, se muestran más sociables, alegres y comunicativos; mientras que en la actualidad hay alteraciones en el estado de ánimo, hay una tendencia al aislamiento o evitación de las relaciones sociales, lo cual es uno de los resultados de las tantas limitación que conlleva la diálisis y aparecen mayores actitudes de apatía, tristeza, irritabilidad e impaciencia, además también se menciona dificultad para hacer planes a futuro, incertidumbre y llanto fácil. Muy pocos son los casos en que se presenta una tendencia contraria, solo el 20% refiere que la enfermedad les ha ayudado a percibir la vida de diferente manera y actuar más positivamente.

Suprimir u ocultar las emociones o sentimientos producidos por la enfermedad es un mecanismo común, muchas personas prefieren mantener en silencio sus verdaderas emociones en torno a la enfermedad, prefieren no manifestar ningún sentimiento negativo, principalmente, para no preocupar a sus familias o a sus seres queridos y así evitar un mayor sufrimiento. Muchos autores relacionan este proceso como una conspiración de silencio, ya que se ubica al enfermo y a su entorno familiar dentro de un falso sentimiento de armonía. El 67% de los pacientes se ubican en este grupo y además mencionan que no han encontrado a nadie en quien confiar y descargar su malestar emocional; sorprendentemente, los resultados muestran que solo una paciente busca de forma regular la ayuda del psicólogo cuando se siente mal emocionalmente.

Una de las alteraciones conductuales de mayor importancia que está relacionada con los comportamientos de autocuidado, es la sobreingesta de líquidos. El control de la conducta de beber no es fácil, pero su adecuado manejo demuestra responsabilidad y adaptación con el tratamiento. El 53% muestra que siempre lleva un correcto control de su ingesta de líquidos, mientras que el 47% restante, le resulta difícil hacerlo.

3.3.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL TEST COPE

La segunda parte de la evaluación del presente proyecto constituye la descripción de las estrategias de afrontamiento más utilizadas frente a situaciones de estrés interpersonal, en este caso la insuficiencia renal crónica, mediante el Test COPE Abreviado. Se realizó un análisis de manera individual, sin embargo para facilitar el análisis de resultados primero se presentará una comparación general.

Tabla #6: Resultados de estrategias de afrontamiento según el Test Brief COPE

ESTRATEGIAS AFRONTAMIENTO		MUJERES											HOMBRES			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ADAPTATIVAS	Afront. Act.	4	4	8	8	4	2	4	4	8	4	8	4	8	4	7
	Planificación	4	4	8	8	4	3	4	4	8	4	8	3	8	4	5
	Reeval. Pos.	4	8	8	8	7	8	4	8	8	6	8	3	8	7	5
	Aceptación	4	8	4	8	7	8	8	8	8	4	4	4	6	3	6
	Autodistrac.	8	8	5	6	6	8	8	8	8	8	6	8	7	6	8
	Desahogo	5	2	2	3	5	8	7	2	2	3	3	2	3	4	2
	Religión	6	7	7	6	8	5	8	8	8	6	8	6	4	5	4
	Apoyo Soc.	6	4	4	8	8	2	5	7	8	6	3	3	3	4	3
	Apoyo Emo.	4	5	4	6	7	2	7	6	7	8	7	2	4	4	3
	Humor	2	2	2	7	4	7	4	6	8	2	6	2	2	2	2
NO ADAPTATIVAS	Desconexión	5	4	5	2	3	6	3	3	2	3	5	4	2	6	3
	Negación	6	6	3	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	4	2
	Autoinculp.	3	3	3	6	3	3	5	2	3	2	3	4	6	4	3
	Uso de Sust.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Fuente: Resultados del Test Brief COPE, aplicado para el estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas en la Unidad Renal DIALIBARRA.

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

En la primera tabla se muestra el análisis general de los resultados según la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento, y se puede observar que la estrategia adaptativa más utilizada es la Autodistracción, seguida por la Reevaluación Positiva y después por la Aceptación. La menos utilizada dentro de esta categoría fue el Humor y el Desahogo.

La estrategia no adaptativa con más alto porcentaje de frecuencia es la Desconexión, sin embargo mantiene un nivel muy bajo con relación a las anteriores. El uso de sustancias es la menos utilizada para toda la muestra, pero este resultado tiene relación directa con la enfermedad ya que los pacientes con IRC tienen terminantemente prohibido el consumo de alcohol o cualquier tipo de drogas. El grupo de la muestra utiliza con más frecuencia las

siguientes estrategias: Afrontamiento Activo, Planificación y Religión; y las menos frecuentes resultan ser: Apoyo Social y Apoyo Emocional.

- **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVAS**

Tabla #7: Porcentajes de estrategias de afrontamiento adaptativas

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVAS					
Estrategia		No hace esto en absoluto	Hace esto un poco	Hace esto con cierta frecuencia	Hace esto con mucha frecuencia
Afrontamiento Activo		7,00%	53,00%	0%	40,00%
Planificación		0%	60,00%	7,00%	33,00%
Reevaluación Positiva		0%	20%	13%	67%
Aceptación		0%	40%	13%	47%
Autodistracción		0%	0%	33%	67%
Desahogo		40%	33%	13%	14%
Religión		0%	13%	40%	47%
Apoyo Social		7%	46%	20%	27%
Apoyo Emocional		13%	33%	21%	33%
Humor		53%	13%	13%	21%

Fuente: Resultados del Test Brief COPE, aplicado para el estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas en la Unidad Renal DIALIBARRA

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

Como se puede observar en la segunda tabla, con el porcentaje más alto se encuentra el manejo de la Autodistracción como la estrategia más utilizada por todos los pacientes de la muestra, diez de ellos equivalente al 67%, refieren que hacen esto con mucha frecuencia y el 33% restante menciona que lo hace con cierta frecuencia, por lo tanto se refleja los esfuerzos conductuales por manejar o resolver la situación de la enfermedad mediante actividades sustitutivas, recreativas y distractoras que sean una fuente de gratificación alterna y que además ayudan al paciente a no centrarse solo en el problema y poder sobrellevarlo. Aunque la

Autodistracción es calificada como evitación cognitiva, evidentemente ayuda en mejorar la adaptación a la enfermedad, en este caso.

Con la misma frecuencia de uso, está la Reevaluación Positiva, el 67% indica que lo realiza con mucha frecuencia, mientras que solo el 20% refiere que hace esto un poco. Estos datos muestran una alta tendencia de los esfuerzos cognitivos de bastantes pacientes por construir o reestructurar el modo de ver la enfermedad, para ir aceptando la realidad poco a poco. Una de las frases más comunes en esta etapa es, *Hay que ver el lado positivo de la situación*.

La religiosidad es la siguiente estrategia más manejada por la muestra, lo que corrobora los resultados obtenidos mediante la entrevista, ya que con los dos instrumentos se llega a la conclusión de que las creencias religiosas o espirituales brindan en gran medida apoyo para afrontar y controlar la enfermedad. El 47% utiliza esta estrategia con mucha frecuencia y el 40% con cierta frecuencia. Claramente la religión juega un rol importantísimo en el afrontamiento de la enfermedad, el paciente deposita en “Dios” su dolor y angustia para tomar distancia emocional y disminuir el impacto de su dolencia..

En cuanto a la aceptación de la enfermedad, el 40% indica muy bajo nivel de aceptación y casi la mitad de los participantes, es decir el 47%, manifiestan haber aceptado su malestar, sin embargo esto se refiere más a que se han resignado o conformado a la situación, se muestra intentos cognitivos por reaccionar al problema mediante su aceptación pero aunque es una manera positiva para mejorar la adaptación, se puede decir que no existe una total aceptación.

Otra de las estrategias utilizadas es el Afrontamiento Activo, el 40% refiere hacer uso de esta habilidad con mucha frecuencia, sin embargo el porcentaje más alto en esta variable (53%), muestra pocos esfuerzos por actuar directa y racionalmente frente al problema para hallar soluciones, por ejemplo, también se analizó y encontró anteriormente en la entrevista que un gran número de pacientes no conocen a fondo su propia enfermedad y tampoco el tratamiento dialítico que se realizan, lo cual reduce el nivel de adaptación y aceptación de la enfermedad.

Muchos autores coinciden en que realizar una planificación de las actividades o pasos que se deben dar para afrontar el problema ayuda a conseguir una buena adaptación, sin embargo los resultados indican que el 60% lo hace muy poco y solo el 33% siempre planifica el proceso a seguir.

El desahogo, el apoyo social y apoyo emocional son variables que se utilizan con muy poca frecuencia por la muestra, y tiene mucho que ver con los cambios en la conducta social del enfermo crónico. El desahogo es la segunda estrategia menos utilizada, y como los pacientes refieren en la entrevista, prefieren crear un falso ambiente de tranquilidad y no hablar sobre su enfermedad para no preocupar a sus seres más cercanos, y además tampoco buscan la ayuda de un profesional. El desahogo permite que los pacientes puedan descargar sus emociones, pero al no realizarlo, la persona no expresa sus sentimientos negativos y por lo tanto no puede reducir la tensión que causa la enfermedad y sus constantes problemas. El apoyo emocional y social también requieren de la intervención o participación del otro, es decir debe haber interacción social, por lo tanto, tampoco tiene mucha aceptación en los pacientes crónicos y en la tabla se puede observar que solo el 33% y 27% respectivamente, se sienten capaces de buscar asistencia, información, consejo, apoyo y ayuda emocional en sus familias, amigos o profesionales de la salud. Un factor importante que afecta la falta de apoyo social y emocional es la ausencia de redes sociales estables o confiables, como: familiares cercanos o personas que brinden protección, seguridad y en quienes puedan apoyarse, compartir y descargar sus sentimientos, como suceden en algunos de los casos de los pacientes de la muestra.

Por último, el humor es la estrategia menos utilizada. El 53% indica que no recurre a esta estrategia en absoluto y solo el 21%, es decir tres personas lo hacen con mucha frecuencia.

• ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO NO ADAPTATIVAS

En general hay una menor frecuencia en el uso de estrategias no adaptativas, de acuerdo a la muestra, y aunque se toma en cuenta solo cuatro variables: desconexión, negación,

autoinculpación y uso de sustancias; ninguna de ellas, según las valoraciones del test, tiene resultados de alta frecuencia.

Tabla #8: Porcentajes de estrategias de afrontamiento no adaptativas

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO NO ADAPTATIVAS				
Estrategia	No hace esto en absoluto	Hace esto un poco	Hace esto con cierta frecuencia	Hace esto con mucha frecuencia
Desconexión	20%	47%	33%	0%
Negación	67%	13%	20%	0%
Autoinculpación	13%	67%	20%	0%
Uso de sustancias	100%	0%	0%	0%

Fuente: Resultados del Test Brief COPE, aplicado para el estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas de la Unidad Renal DIALIBARRA.

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

La primera estrategia es la desconexión, y sus porcentajes son en general bajos, ya que en la muestra hay una mayor tendencia por las estrategias de afrontamiento activo y planificación, las cuales son totalmente lo opuesto a la desconexión. Sin embargo, como se puede reconocer en la tabla, queda un porcentaje del 33% que prefiere evitar con cierta frecuencia cualquier intento de respuesta emocional o conductual para la solución y manejo del problema, es decir se esfuerza por desconectarse, alejarse o apartarse del problema.

La negación también presenta índices muy bajos, el 67% de los participantes no utiliza esta estrategia en lo absoluto, lo que satisfactoriamente demuestra que hay un alto nivel de adaptación a la enfermedad, su significado, su proceso y al estado emocional que conlleva. Solo un 20% indica que con cierta frecuencia, todavía no acepta su actual problema de salud.

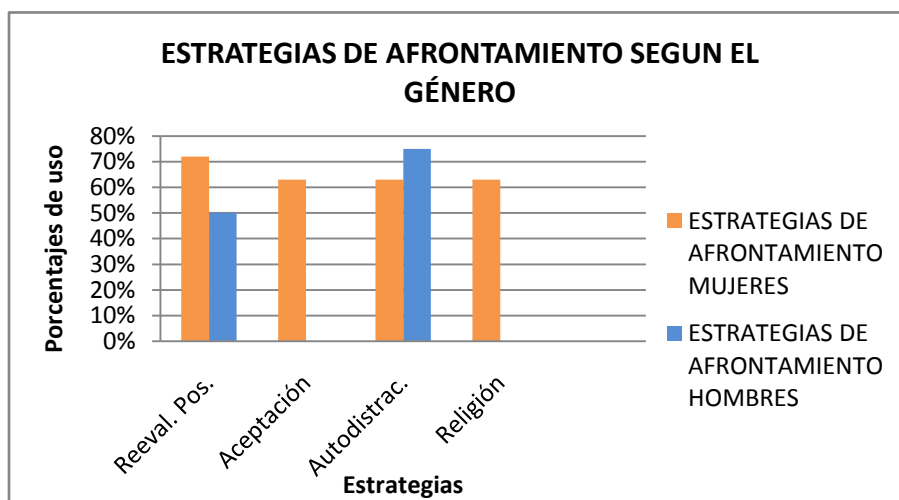
La autoinculpación tampoco es una de las variables más habituales, sin embargo, los resultados muestran que solo el 20%, es decir tres pacientes, se atribuyen o asumen la total culpa de su condición; mientras que el 67% lo hace en un grado muy bajo.

Por último, el uso de sustancias tóxicas es la única estrategia de afrontamiento que no es utilizada por ninguno de los pacientes de la muestra, como se mencionó anteriormente, se debe a que por el fallo renal no pueden consumir sustancias alcohólicas ni drogas. Es una de las principales restricciones del tratamiento para la insuficiencia renal.

- **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN EL GÉNERO**

Como se mencionó antes, la muestra está conformada por 11 mujeres de distintas edades y 4 hombres, aunque los grupos no son equilibrados se pudo encontrar ciertas diferencias sobre el uso y elección de estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres.

Gráfico #9: Estrategias de afrontamiento según el género



Fuente: Resultados del Test Brief COPE, aplicado para el estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas de la Unidad Renal DIALIBARRA.

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

Hay un sin número de diferencias entre hombre y mujeres al momento de tomar decisiones, de comunicarse y enfrentar emociones, por lo tanto también las hay a la hora de enfrentar situaciones de estrés y escoger las estrategias de afrontamiento psicológico adecuadas para cada uno. Aunque la estrategia más utilizada por los dos grupos es la Autodistracción, en el

grupo de mujeres también se presenta el uso de reevaluación positiva aceptación y religión. Además se registran diferencias significativas en la búsqueda de apoyo social, emocional y espiritual, y se puede observar valores inferiores en los hombres para hacer uso de estas estrategias. Estas variables son muy importantes, porque sugieren, de manera general, que las mujeres tienden a buscar apoyo social, espiritual y esperan recibir ayuda de otros para resolver sus problemas y esto es posible explicarlo debido a los ordenamientos culturales que permiten a las mujeres ser más abiertas a nivel afectivo. Los hombres por otro lado, registran puntajes mayores para ignorar el problema y realizar actividades físicas recreativas y distractoras que ayuden a rechazar consciente o inconscientemente el problema.

- **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y FRECUENCIA DE EDADES**

Se encontró una relación significativa entre los grupos etáreos y la elección de determinadas estrategias de afrontamiento. Se dividió los resultados de la muestra en dos grupos, el primero es de pacientes entre 22 a 50 años de edad y el segundo grupo entre 51 a 79 años.

Así como las diferencias individuales, los factores del entorno social y la personalidad son determinantes en el afrontamiento de determinada situación, la edad también tiene una importante función en este proceso. Los resultados en torno a la diferencia de edades, plantean que en el primer grupo hay prevalencia por la reevaluación positiva con un 66% de aceptación, seguida por el afrontamiento activo y la planificación; en el segundo grupo la elección de estrategias es distinta y los resultados indican que el 83% de los pacientes entre 51 a 70 años, prefieren la autodistracción, en segundo lugar está el uso y apoyo de las creencias religiosas, solo este grupo utiliza y confía de mayor manera en las prácticas religiosas, y por último un 50% refiere aceptar su situación.

- **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y REDES SOCIALES DE APOYO**

Para este análisis se dividió a la muestra en cuatro grupos, en el primero se ubicó a los pacientes que disfrutaban tener una familia nuclear; en el segundo grupo se ubican pacientes que

han perdido a sus cónyuges; el tercer grupo lo conforman madres solteras; y en el último grupo hay dos casos especiales descritos más adelante.

De acuerdo al primer grupo se observa que las personas que tienen un sistema familiar funcional utilizan en mayor grado la autodistracción, la planificación y el afrontamiento activo, pero paradójicamente la estrategia menos utilizada es el desahogo, debido a que los pacientes que cuentan con una red de apoyo estable prefieren no confrontar la carga emocional que les genera la enfermedad y así no inmiscuir a sus familiares en su malestar.

El segundo grupo está formado por tres pacientes viudas, y se distingue mayor preferencia por factores de afrontamiento centrado en emociones como el apoyo emocional y por otro lado el refugio en las creencias religiosas. La estrategia menos utilizada en este grupo es la negación con un 100% de rechazo.

El tercer grupo conformado por madres solteras, muestra mayor grado en el uso de estrategias de afrontamiento cognitivas como la reevaluación positiva y la aceptación; también hay un alto porcentaje en el uso de apoyo social y la estrategia con más bajo porcentaje es la negación.

Hay dos casos especiales que se tomó en cuenta para el último grupo, el primer caso es sobre una joven que perdió a sus padres desde muy temprana edad, son nueve hermanos pero solo cuenta con el apoyo de dos de ellos, sin embargo constantemente le amenazan con dejarla. El segundo caso es de una madre soltera que fue rechazada por su familia cuando le diagnosticaron insuficiencia renal, no tiene comunicación con sus padres ni hermanos y no recibe ningún tipo de apoyo por parte de ellos. En estos dos casos se observa valores muy bajos en casi todas las estrategias de afrontamiento, exceptuando la autodistracción que es utilizada por el 100%, las estrategias menos utilizadas son el afrontamiento activo, la planificación y la reevaluación positiva; en cuanto a la búsqueda de apoyo social y emocional el segundo caso refiere no necesitar la ayuda de nadie más que de ella misma, mientras que el

primer caso es la única paciente de toda la muestra que busca la ayuda constantemente de la psicóloga de la institución.

Por lo expuesto, se puede considerar que hay una correlación bastante positiva entre la funcionalidad familiar, las redes sociales de apoyo seguras y las estrategias de afrontamiento para resolver y manejar un problema, se puede decir que el grado de utilización de determinado estilo estará directamente asociado al grado de funcionalidad y soporte familiar.

CAPÍTULO 4 – PRODUCTO o PROYECTO

4.1 Descripción del producto

Esta investigación tendrá como resultado proporcionar información escrita e ilustrada al paciente mediante una guía de orientación sobre estrategias de afrontamiento psicológico de la enfermedad crónica, para proveer un mayor sentido de control y dominio de la situación, conseguir un menor sentido de indefensión y que además se mejoren los problemas de información/comunicación entre los pacientes y los profesionales de salud.

La Guía contiene información escrita ilustrativa general sobre la insuficiencia renal crónica, las respuestas emocionales más comunes, las estrategias más utilizadas por los pacientes para afrontar la enfermedad y técnicas o recursos que pueden ayudar a disminuir conductas negativas y maladaptativas que se interfieran con el proceso de aceptación de la enfermedad.

La Guía de orientación que busca implementar este proyecto, es una guía elaborada bajo un sustento teórico y lógico, abarca toda la información necesaria sobre la conducta a normalizar; es transmisible y dinámica ya que su contenido es claro, preciso, utiliza lenguaje sencillo de fácil comprensión y al alcance de todo el que esté interesado en aplicarlo, además responde a las circunstancias y necesidades de la Unidad Renal y el medio en el que ésta se desempeña. (VER ANEXO 4).

4.2 Objetivo del proyecto

Todo proyecto siempre busca ser un agente generador de cambios, por lo tanto, el principal objetivo que se pretende alcanzar, es proporcionar información escrita ilustrativa de fácil acceso y difusión a través de una guía de orientación sobre las estrategias, estilos, recursos y procesos de afrontamiento de la enfermedad renal crónica, que intervengan en el automanejo de la enfermedad y el afrontamiento de sus problemas asociados, lo cual contribuirá para promover en los pacientes un mayor sentido de control y dominio de la situación, prevenir

trastornos psicológicos comórbidos y mejorar la calidad de vida de las personas que reciben tratamientos de hemodiálisis prolongada de la Clínica DIALIBARRA.

4.3 Actividades

Tabla #9: Especificación operacional de las actividades del proyecto

ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES	
ACTIVIDADES	TAREAS
Autorización y apoyo de la Unidad Renal para la realización del proyecto	Notificación de los objetivos del proyecto, resultados, las actividades a efectuar, la duración y el espacio físico necesario.
Recolección de la información	Elaboración de entrevistas Acercamiento con los pacientes de la muestra Aplicación de la entrevista Aplicación del Test COPE Análisis y evaluación de los resultados
Elaboración de la Guía	Análisis y recolección de la información bibliográfica Selección de los resultados de la muestra Redacción de la Guía
Presentación del proyecto y Guía a la institución	Informar al personal de la Unidad y a los pacientes sobre los resultados de la investigación y entrega de la Guía a la institución para su implementación.

Fuente: Estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas.

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

4.4 Hipótesis o supuestos

El poder disponer de información clara y asequible, aplicando medidas educativas sobre la Insuficiencia Renal Crónica, sobre las estrategias de afrontamiento adaptativas o desadaptativas y los recursos de afrontamiento psicológico para manejar el estrés,

proporcionará un mayor sentido de control o dominio de la situación, ya que la falta de información explícita sobre el malestar y sus manifestaciones emocionales y conductuales puede estar asociado a la presencia de conductas poco adaptativas frente a la enfermedad y sus tratamientos.

Muchas investigaciones previas afirman que una de las ventajas que tienen la información escrita es que más fácil de recordar y llega de forma directa al lector; por lo tanto, tener al alcance una guía con información interesante, clara y real aportará y educará al lector sobre estrategias de afrontamiento psicológico adecuadas para mejorar la adaptación al proceso de diálisis, mejorar su calidad de vida y facilitarle el proceso de su tratamiento.

4.5 Precondiciones

Como se mencionó anteriormente, en la clínica se realiza un trabajo de intervención en crisis o psicoterapia breve y de urgencia, por lo tanto solo se interviene cuando el paciente ha manifestado una crisis y necesita de acompañamiento momentáneo para disminuir su angustia. Razón por la cual la Guía será un complemento necesario al trabajo que se realiza en el área de psicología de la institución, y mediante esta intervención educativo-informativa, se pueden lograr algunos cambios importantes en la adaptación del enfermo a su condición de salud.

Toda la información poco clara o confusa con respecto a la naturaleza de la enfermedad y sus respuestas emocionales, resulta un elemento crítico para el enfermo en el proceso de adaptación, además en la mayoría de los casos los pacientes no suelen informarse ni buscar la ayuda de profesionales de salud para aclarar sus dudas y preguntas sobre su malestar. Por lo tanto con el proyecto se busca incentivar y generar una actitud autoeducativa por parte de los pacientes, que también facilite el intercambio abierto de información, el cual resultará beneficioso para los pacientes y sus cuidadores.

4.6 Indicadores

Los indicadores que permiten medir el grado de cumplimiento del proyecto serán los cambios en los niveles de adherencia al tratamiento y la implementación de estrategias de afrontamiento adaptativas por parte de los pacientes después de seis meses desde que tengan acceso al material que contiene la Guía.

En cuanto a los niveles de adherencia al tratamiento, la mayoría de los enfermos renales tienen dificultades para cumplir con la dieta especial y restringida que conlleva el tratamiento para preservar la función renal, por lo tanto se espera cambios en las prácticas de autocontrol de la ingesta de alimentos y sobretodo de líquidos, ya que lo más difícil de cumplir para todos los pacientes.

Cambios en el uso de estrategias de afrontamiento psicológico. Aumentar la utilización de estrategias adaptativas que permitan afrontar la enfermedad renal de una manera más activa, planificada y positiva, es decir, mejorar la adaptación a su situación de salud, participar activamente de su tratamiento y cuidados, por consiguiente, mejorar su calidad de vida.

Mejorar la comunicación entre el enfermo y los profesionales a cargo de su cuidado, sobre todo abrir espacios de escucha y confianza que respondan a las necesidades, dudas y preguntas del paciente sobre su salud física y emocional.

4.7 Fuentes de verificación

Las principales fuentes de verificación que van a permitir verificar el objetivo de desarrollo del proyecto son los informes de seguimiento, evaluación, y registros de observación de todos los pacientes de la muestra por parte de la psicóloga de la institución y las historias clínicas para conocer si los niveles de aceptación, adaptación y estrés frente a su enfermedad han aumentado, de qué manera y cómo han influido en su calidad de vida.

Para evaluar los logros a largo plazo, se debe recurrir al método de Test-Retest, es decir que se utilice el mismo instrumento de medición de estrategias de afrontamiento BRIEF COPE,

con los mismo pacientes de la muestra anterior, para observar si se logró el principal objetivo del proyecto, reconocer y utilizar estrategias de afrontamiento positivas que favorezcan el proceso de adaptación y aceptación de la enfermedad renal crónica. Después de la implementación del proyecto, se considera que el tiempo propicio de espera para realizar el retest es de seis meses.

4.8 Sostenibilidad

El proyecto será entregado a la Unidad Renal DIALIBARRA, la cual se encargará de la implementación dentro de la institución, por lo tanto será la misma quien se asegure de su correcto desarrollo para que se cumplan los objetivos y cambios planteados y se mantenga o sostengan en el tiempo incluso mejorando sus resultados positivos.

4.9 Medios o Insumos

Los recursos necesarios para llevar a efecto el desarrollo del producto del proyecto serán proporcionados en su totalidad por la institución y son:

Recursos humanos

Principalmente es necesaria la colaboración, presencia e interés de los pacientes escogidos en la muestra, para poder recolectar toda la información posible y así obtener informes de resultados y de diagnóstico necesarios para la elaboración de la guía.

También se necesita de la colaboración de los médicos tratantes, enfermeras, nutricionista, trabajadora social y psicóloga para evaluación y validación de la guía.

Es necesaria la participación de la psicóloga de la institución para exponer la finalidad del proyecto y guiar el correcto uso de la Guía a todo el personal médico y los pacientes de la unidad. Además, para realizar los seguimientos y evaluaciones periódicas y por último que responda a cualquier duda que el paciente pueda tener sobre la información que proporciona la guía, mientras el proyecto se esté ejecutando.

Recursos materiales y físicos

También es necesario contar con una infraestructura adecuada que promueva y cumpla con el principal objetivo de la guía, ser de fácil acceso y difusión, así los pacientes podrán sentirse cómodos e interesados en revisar dicho material.

Se requerirá también de recursos financieros para la edición y publicación de la guía y así poner en marcha el desarrollo del proyecto en la institución.

Recursos tecnológicos

Se necesitarán recursos tecnológicos para imprimir todos los ejemplares de la guía suficientes para toda la población en la institución.

Por último, cabe recalcar que todos los recursos o insumos necesarios para el desarrollo de este trabajo serán financiados por la institución.

4.10 Presupuesto

Determinación de los insumos necesarios y cálculo de costos de ejecución y elaboración del presupuesto.

Detalle de recursos	Número de unidades	Valor monetario de cada unidad	Costo total
Recursos humanos: Hora Psicólogo/a	2	\$ 10 por hora	\$ 20
Recursos tecnológicos: Impresión	100	\$ 2,40 cada ejemplar	\$ 240
TOTAL			\$ 260

4.11 Matriz de marco lógico

	DESCRIPCION	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Objetivo de desarrollo	Mejorar la adaptación y aceptación a la enfermedad, su tratamiento y todas las limitaciones que esta conlleva, y por lo tanto contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente.	Cambio en las prácticas de autocontrol de la ingesta de líquidos y alimentos por parte del paciente.	Historias clínicas de los pacientes donde consta el nivel de adherencia a las indicaciones del personal de la clínica.	Mejorar la adherencia al tratamiento de diálisis y sus limitaciones nutricionales, como: auto controlar la ingesta de alimentos y sobre todo reducir los valores de ingesta de líquidos.
Objetivo del proyecto	Al finalizar el proyecto la institución contará con una guía informativa que contribuya al desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas.	Cambio en las estrategias de afrontamiento de los pacientes frente a la enfermedad crónica y al tratamiento	A los seis meses se volverá a aplicar el instrumento de medición BRIEF COPE, para comparar con los datos obtenidos en la investigación.	El uso de estrategias de afrontamiento adaptativas proveerá al paciente mayor dominio de su enfermedad y menor sentido de indefensión; además mejoraran los problemas de información/comunicación entre paciente y profesional de salud.
Actividades		Insumos	Costos	Precondiciones
Impresión y publicación de la guía.		Insumos tecnológicos para llevar a cabo la impresión de todos los ejemplares.	\$ 240	Los recursos financieros para la elaboración de la guía son obtenidos de la misma institución, por lo tanto se necesita de su total apoyo y predisposición.

4.12 Monitoreo

El producto final del proyecto será entregado a la Unidad Renal DIALIBARRA en el mes de abril, por lo tanto la misma institución determinará el cronograma de monitoreo y de implementación de dicho proyecto. Sin embargo se espera que se realicen controles periódicamente, a través de informes de avance y de actividades por parte de la psicóloga encargada, y además se debe llevar a cabo encuestas a los pacientes de la unidad, con la finalidad de conocer si ellos que son los principales beneficiarios están al tanto del proyecto, sus objetivos y si han evidenciado su correctodesarrollo e implementación.

4.13 Evaluación

Se realizó una reunión de validación técnica del proyecto, con la finalidad de presentar el trabajo al personal médico y administrativo de la institución para su revisión y aprobación, además se administró una encuesta de validación de la guía, para dar a conocer el instrumento educativo propuesto y validar cualitativamente si contiene toda la información necesaria sobre la conducta que se desea trabajar, si la información es transmisible y dinámica, si todos su contenidos son claros, utiliza lenguaje sencillo y de fácil comprensión y al alcance de todo lector, pero sobre todo si su contenido responde a las circunstancias en las que se desempeña la institución. En el siguiente cuadro se observan los resultados de las encuestas que se realizó a los quince pacientes de la muestra y a ocho profesionales de todas las áreas de la unidad renal.

Tabla #10: Resultados de la encuesta para validación de la guía

ENCUESTA									
PREGUNTA		PACIENTES				PROFESIONALES DE SALUD			
		Nada	Poco	Bastante	Siempre	Nada	Poco	Bastante	Siempre
1	¿El material es visualmente atractivo?			1	7				15
2	¿La información es clara y precisa?			5	5			4	11
3	¿Utiliza lenguaje sencillo y de fácil comprensión?			1	7			2	13
4	¿Considera importante la información y técnicas proporcionadas?				8				15
5	¿Estaba al tanto de toda la información proporcionada?	5	3			14		1	
6	¿Responde a las necesidades de los pacientes y unidad?			2	6			2	13

Fuente: Estudio sobre afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas en la Unidad Renal DIALIBARRA.

Elaborado por: Rivadeneira, María José, 2014.

4.14 Destinatarios

Aunque la muestra de la población fue de 15 pacientes con insuficiencia renal crónica, escogidos aleatoriamente sin ningún criterio de exclusión, los beneficiarios directos del proyecto serán todos los pacientes de la Unidad Renal DIALIBARRA, hombres y mujeres de diferentes edades, ya que la guía pretende ser un documento de uso universal asequible para toda la población renal de la institución.

La enfermedad se convierte en parte del individuo y este a su vez es parte de un sistema familiar, por lo tanto se pretende que la guía esté al alcance y beneficie a todas las personas interesadas que ingresen a la clínica, incluyendo a los familiares o cuidadores del enfermo. El impacto de la enfermedad en las familias es igual de grande o a veces mayor que el que sufre el propio paciente, entonces es necesario que la familia conozca el proceso emocional y las estrategias que el enfermo usa para afrontar su situación, así su apoyo e intervención beneficiará el mejoramiento o exacerbación de los síntomas.

El proyecto también beneficiará a todo el personal de salud a cargo, sobre todo a los encargados del área de psicología, ya que la guía generará procesos de autoeducación y como resultado abrirá espacios de intercambio de información entre paciente y profesional.

4.14 Cronograma

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Autorización de la Unidad Renal								
Entrevistas y aplicación del Test								
Análisis y evaluación de resultados								
Redacción de la Guía								
Presentación de la forma de ejecución del proyecto y entrega de la Guía al personal médico								
Implementación por parte de la Unidad Renal								

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El mayor aporte del proyecto es recalcar la importancia del afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas y su relación dependiente con la estabilidad psíquica del individuo, su calidad de vida y los distintos trastornos psicológicos comórbidos. La enfermedad es la causante del malestar anímico y estas emociones a su vez, pueden aumentar ese malestar.

La insuficiencia renal crónica genera un desajuste en la vida del individuo, a nivel físico y también a nivel psicológico, debido a que se ve directamente afectada su integridad. Hay varios factores que influyen en el grado de impacto de la enfermedad en la vida del paciente como: la edad, el género, el nivel de instrucción, el apoyo social y la adaptabilidad del paciente frente a su enfermedad, influye y determina la calidad de vida del enfermo.

La manera en que cada persona tiene que interpretar un acontecimiento, influirá y determinará el curso final de la crisis. Si el paciente no logra adaptarse adecuadamente a su enfermedad y padecimiento, su estilo de vida se centrará alrededor de la enfermedad, mientras que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas contribuyen a preservar un buen estado emocional.

El sentido de la enfermedad está constituido sobre una base social, tanto el paciente como su familia deben aprender a vivir con ella y darle un nuevo significado. La presencia de redes sociales de apoyo resulta crucial en la determinación del curso de su condición de salud y contribuye para la aceptación y manejo de su malestar. La principal red de apoyo es la familia y se ha demostrado que es una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas y que más soporte brinda al enfermo.

De acuerdo a los resultados del trabajo, se pudo encontrar y demostrar que hay una correlación bastante positiva entre las redes de apoyo social y la estabilidad emocional del paciente. Se observó que los pacientes que carecían de un sistema familiar estable tienen mayores

problemas de adaptación y aceptación de la enfermedad, además presentan mayores conductas de apego ansioso, han tenido episodios depresivos y han sido los que más ayuda psicológica han buscado voluntariamente. Mientras que en los pacientes que cuentan con redes de apoyo seguras, el grado de utilización de determinado estilo está directamente asociado con la funcionalidad y soporte social. Por lo tanto, se puede decir que la familia interviene como un agente moderador del estrés causado por la enfermedad.

La insuficiencia renal crónica lleva consigo la presencia implícita de una muerte próxima, por eso es bastante común que los enfermos crónicos por miedo a su futuro retrasen el hecho de conocer, saber y preguntar acerca de su malestar, sobre todo lo que les está pasando y lo que sucederá próximamente; es decir, prefieren evitar esta parte del proceso porque todavía no se sienten seguros para hacerlo, ya que no se percibe otra forma de enfrentar su situación. Mientras que, los pocos pacientes que han realizado procesos investigativos dentro y fuera de la unidad renal, sobre su padecer, manifiestan una mejor adaptación al proceso gracias a su afrontamiento activo para manejar la situación estresante.

La falta de información explícita sobre el tema en mención puede generar que los pacientes desarrollen conductas poco adaptativas a su medio, es por esto que se busca llegar al paciente por medio de un instrumento educativo que ayude a entender la enfermedad, cómo afrontarla asertivamente y que a su vez promueva actitudes que faciliten el intercambio entre el personal de salud y los pacientes, pero que sobre todo sea de fácil acceso ya que se encontró que solo el 33% de los pacientes de la muestra se ha involucrado en procesos autoeducativos para conocer más sobre su malestar y principalmente sobre su estado emocional.

Se encontró una relación importante, mientras más estrategias de afrontamiento adaptativas se utilicen mayor será la estabilidad emocional del paciente. Las estrategias más utilizadas fueron la autodistracción, reevaluación positiva y religión; estrategias que se asociaron a mayor adaptación, menores niveles de estrés y mejor estado de ánimo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la institución realizar un taller con todos los pacientes de la muestra al culminar el tiempo de implementación del proyecto, para valorar los posibles conocimientos adquiridos o no adquiridos a lo largo del programa.

Con los resultados de las evaluaciones que se realicen, se considera importante que se realice un plan de mejoras de acuerdo a los resultados encontrados en la primera etapa de implementación del proyecto, que ayude a realizar la planificación del siguiente periodo de aplicación poniendo en marcha sus nuevas reformas o mejoras y cada vez se obtenga más resultados positivos de aceptación y adaptación a la enfermedad crónica.

Para poder monitorear continuamente el trabajo y así consolidar y mejorar el programa, se recomienda que se abra un espacio de comunicación constante entre el paciente y el profesional a cargo para resolver cualquier duda al respecto, y además se debería realizar una evaluación cualitativa del programa con todos los participantes, cada cierto tiempo.

La unidad renal debería incorporar en sus protocolos o módulos de educación, todo acerca de las estrategias de afrontamiento adaptativas de la enfermedad crónica para proveer a los pacientes de nuevas herramientas que fomenten actitudes asertivas en el manejo de la insuficiencia renal y que favorezcan su adherencia al tratamiento.

Debido a la falta de conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad, se debe mejorar la relación entre el paciente y los profesionales, mediante espacios de comunicación óptimos que brinden todo el apoyo y la información necesaria para reducir la incertidumbre del paciente.

Las personas que adolecen de enfermedades crónicas, a menudo encuentran consuelo en otras personas que pasan por la misma situación. Por eso la organización y creación de grupos de apoyo con personas que adolezcan de la misma enfermedad, será beneficioso para brindar una

sensación de apoyo, comunidad y empatía, formaría vínculos muy fuertes que además, ayuden a relacionar e identificar su dolor, optimizar la forma de adaptación a su situación de salud y mejorar la calidad de vida del paciente.

Trabajar en sesiones grupales, compartir experiencias, aprender de vivencias ajenas y sobre todo saber que el paciente no está solo, brindará un espacio abierto a la comunicación para discutir y conocer nuevas maneras de enfrentar adversidades.

Es probable, que algunas técnicas de logoterapia ayuden en el trabajo con el enfermo, como: el autodistanciamiento y la modificación de actitudes, que buscan la capacidad de observar más allá de su padecimiento para encontrar que es lo que da verdadero sentido a su vida y percibir lo positivo de cada acontecimiento, aún en circunstancias extremas.

No solo el enfermo y su familia pueden ser afectados por la enfermedad, el personal médico también llega a ser perturbado, por lo tanto es necesario que los profesionales tengan su propio espacio para trabajar sus formas de afrontamiento y las estrategias para sobrellevar la cercanía a la muerte y al deterioro que enfrentan día a día en su desempeño laboral.

Por último, fomentar y realizar una planificación de las actividades o pasos que se deben dar para afrontar el problema puede ayudar a conseguir una buena adaptación a la enfermedad y su tratamiento. Incluyendo actividades recreativas como estrategia de afrontamiento adaptativas.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la salud*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Arrivillaga, M. (2007). *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: Manual Moderno Editores.
- Asen, E. (1997). *Intervención familiar: guía práctica para los profesionales de la salud*. España: Editorial PAIDÓS.
- Astudillo, W. *Los cuidados paliativos en el anciano*. España: Ed. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Botella, J. (2003). *Manual de Nefrología Clínica*. Barcelona: Editorial Masson.
- Brooks, R. (2010). *El poder de la resiliencia: como superar problemas y la adversidad*. Madrid: Editorial PAIDÓS IBÉRICA.
- Carver, Ch. (1989). *Assessing coping strategies: a theoretically based approach*. Journal of personality and social psychology. Vol. 56. Núm. 2.
- Carver, Ch. (1997). You want to measure coping but your protocol is too long: Consider the Brief COPE. International Journal of Behavioral Medicine.
- Chemama, R. y Vandermersch, B. (2004). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Drukker, W. (1982). *Sustitución de la función renal por diálisis*. Barcelona: JIMS S.A.
- Fernández-Abascal, E. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento. Cuadernos de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Gabalda, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Gabalda, I. (2011). *Hacia una práctica feliz de la psicoterapia cognitiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gardner, H. (1988). *La nueva ciencia de la mente*. Barcelona: Editorial PAIDÓS.
- Giacomonte, E. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. México: Editorial PAIDÓS.
- Gonzáles, J. (1999). *Sentirte bien está en tus manos*. España: Editorial SAL TERRAE.
- Hampers, C. (1970). *La hemodiálisis prolongada*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- K/DOQI. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis.
- Kubler-Ross, E. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Editorial Luciérnaga.
- Labrador, F. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: EUDEMA, S.A.
- Labrador, F. (1997). *Luchar contra el estrés*. Madrid: Editorial Temas de Hoy.
- Labrador, F. (2003). *Estrés*. Madrid: Editorial SINTESIS.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). *Pasión y Razón*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Nissenson, A. (2009). *Manual de diálisis*. España: Editorial ELSEVIER MASSON.
- Parada, E. (2008). *Psicología y emergencia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Pérez, M. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Editorial PIRÁMIDE
- Pérez, M. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid: Editorial PIRÁMIDE
- Remor, E. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclée de Brouwer.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, S.A.

Rodríguez, J. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Sanabria, R. (2003). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal*. Medellín: Editorial Corporación.

Schneider, P. (1974). *Psicología aplicada a la práctica médica*. Buenos Aires: Editorial PAÍDOS.

Schrier, R. (2010). *Manual de nefrología*. Barcelona: Editorial Wolters Kluwer.

Segal, Z. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Sellares, V. (1998). *Manual de nefrología clínica, diálisis y trasplante renal*. Madrid: Editorial Harcourt Brace.

Semerari, A. (2002). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave: metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Shuman, R. (1999). *Vivir con una enfermedad crónica*. España: Editorial PAIDÓS IBÉRICA

Valdés, A. (2010). *Familia y crisis: estrategias de afrontamiento*. México: Editorial PEARSON

Vázquez, I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ybarra, J. (2011). *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica*. México: Manual Moderno Editores.

CRITERIOS INSTITUCIONALES

Ibarra, 25 de Marzo del 2014
DIAL00442014

Master
Marie France Merlyn Sacoto
DECANA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente certifico que la Srta. María José Rivadeneira realizó su trabajo de investigación sobre ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMEDAD CRONICA, desde el mes de Octubre del 2013 hasta inicios del mes de Enero del 2014, necesario para su trabajo de disertación previo a la obtención del Título en Psicología Clínica, el trabajo lo realizó con quince pacientes con Insuficiencia Renal Terminal de nuestra Unidad, haciendo un seguimiento continuo durante el tiempo antes mencionado, bajo la supervisión de nuestra profesional la Dra. Nelly Silva con la respectiva autorización de mi persona Sra. Amparo Montalvo.

Es todo cuanto informar la mencionada señorita puede hacer uso del presente documento.

Atentamente,

**UNIDAD RENAL
DIALIBARRA**
Amparo de Montalvo

Montalvo Amparito
GERENTE GENERAL DIALIBARRA

ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA

ENTREVISTA

Datos personales

Nombre: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Fecha de ingreso a la clínica: _____

Fecha de primera entrevista: _____

Datos Familiares

Historia de la enfermedad

1. ¿Está usted consciente de su enfermedad? ¿Conoce a fondo su enfermedad y por qué recibe el tratamiento? ¿Sabe porque debe cumplir con todas las restricciones?

2. ¿Cómo se siente al hablar de su enfermedad?

3. ¿Qué cambios ha observado en su vida diaria ahora con la enfermedad? ¿De qué manera cree usted que su personalidad ha cambiado ahora con la IRC?

4. ¿Cómo fue el momento del diagnóstico de la enfermedad, que sintió? Y ¿Cómo fueron los primeros meses después de ser diagnosticado con IRC?

5. ¿Cómo se siente el tener que dializarse tres veces por semana sin falta? Y ¿cómo esto afecta en su vida? ¿Qué es lo que más le molesta del tratamiento?

6. ¿Si pudiera culpar a alguien de su enfermedad, quién sería?

7. Cuando se encuentra en una situación estresante o difícil usted:

- a. Intenta sacar todo lo positivo de la situación ¿de qué manera lo hace?

- b. Planifica o analiza racionalmente la situación y las posibles soluciones
c. Se siente agobiado o cansado por la situación
d. Tiende a ser pesimista frente a los resultados que espera de la situación
e. Presenta una actitud pasiva y se conforma con la situación
f. Niega o evita hacer frente al problema

8. ¿Considera usted que suprime y oculta todos los sentimientos o emociones producidos por la enfermedad? ¿Oculta a los demás la real situación de sus emociones o expresa su malestar emocional?

9. ¿Se ha informado sobre su enfermedad, ha buscado información en libros, internet o personas calificadas?

10. ¿Ha buscado la ayuda de un profesional cuando se ha sentido mal emocionalmente? O ¿Busca el apoyo de personas que han pasado o se encuentran en la misma situación?

11. ¿De qué manera lo apoya su familia? ¿De quién recibe mayor apoyo para manejar su situación de salud? ¿Busca en ellos información, consejo y comprensión emocional?

12. ¿Ha encontrado a alguien en quien confiar y descargar sus emociones, quién es?

13. ¿Qué actividades realiza en su vida diaria? Y ¿Cómo las maneja para que no dificulten el tratamiento de diálisis?

14. ¿Qué religión tiene? ¿Le ha ayudado en su situación? ¿De qué manera?

15. ¿Cumple con las recomendaciones de los profesionales de la unidad? ¿Cumple con la dieta y el consumo permitido de líquidos? Si o no y ¿por qué? ¿Cómo se siente usted ante las prohibiciones de algunos alimentos y líquidos?

16. ¿Consume licor, tabaco u otras drogas? ¿Con qué frecuencia?

17. ¿Considera que es importante el apoyo en el área de psicología, nutrición y trabajo social?

ANEXO 2: TEST COPE

COPE-28 o COPE Abreviado (Según el original de Carver, 1997)

Traducido por Consuelo Morán y Dionisio Manga

INSTRUCCIONES.

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 1, 2, 3 o 4 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema.

1 = No hice esto en lo absoluto

2 = Hice esto un poco

3 = Hice esto con cierta frecuencia

4 = Hice esto con mucha frecuencia

1. ____ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. ____ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. ____ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. ____ Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. ____ Me digo a mí mismo “esto no es real”.
6. ____ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. ____ Hago bromas sobre ello.
8. ____ Me critico a mí mismo.
9. ____ Consigo apoyo emocional de otros.
10. ____ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. ____ Renuncio a intentar ocuparme de ello.

12. ____ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. ____ Me niego a creer que haya sucedido.
14. ____ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. ____ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. ____ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. ____ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. ____ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. ____ Me río de la situación.
20. ____ Rezo o medito.
21. ____ Aprendo a vivir con ello.
22. ____ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. ____ Expreso mis sentimientos negativos.
24. ____ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. ____ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. ____ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. ____ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. ____ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

ANEXO 3: ENCUESTA PARA VALIDACIÓN DE LA GUÍA

ENCUESTA

El objetivo de la siguiente encuesta es poder conocer su grado de satisfacción con la guía de estrategias de afrontamiento para el manejo de la enfermedad crónica. Su opinión es de máxima importancia para la validación y aceptación del documento dentro de la institución. Marque su respuesta con una **X** en el casillero que considere adecuado.




Nombre:.....

Fecha:.....

Función que desempeña dentro de la institución:.....

		Nada	Poco	Bastante	Siempre
1	¿El material es visualmente atractivo?				
2	¿La información es clara y precisa?				
3	¿Utiliza lenguaje sencillo y de fácil comprensión?				
4	¿Considera importante la información y técnicas proporcionadas?				
5	¿Estaba al tanto de toda la información proporcionada?				
6	¿Responde a las necesidades de los pacientes y unidad?				

ANEXO 4: GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA EL AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS.

  <p>Ma. José Rivadeneyra 2014</p>		<p>GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA EL AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS</p>	
 <p>CONTENIDO</p>			
INTRODUCCIÓN.....		3	
DEFINICIONES.....		4	
SINTOMATOLOGÍA.....		5	
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....		6	
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....		7	
REDES DE APOYO.....		9	
TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO CON APOYO....		10	
TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO AUTÓNOMAS...		13	
RECOMENDACIONES.....		15	
		2	

INTRODUCCIÓN

Al enfrentarse a un diagnóstico de enfermedad crónica, el paciente puede presentar algunas respuestas emocionales que irán modificándose a lo largo del tratamiento.

Estas reacciones dependen de:

- Personalidad del paciente- Edad
- Tipo de enfermedad
- Redes de apoyo
- Rersonalidad del médico

Las reacciones más habituales son:



ANSIEDAD

Estas respuestas o síntomas psicológicos pueden llegar a ser tan incapacitantes como los físicos y es por eso que se deben prevenir desde la etapa inicial.

Cada paciente puede manifestar una reacción distinta y utilizar diferentes estilos y estrategias de afrontamiento, por lo tanto, tener al alcance información clara sobre el adecuado control de los posibles síntomas y conocer o percibir el apoyo de los cuidadores del enfermo, brindará una herramienta para mejorar la calidad de vida del paciente.

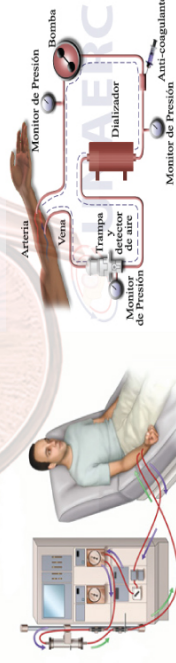
3



INSUFICIENCIA RENAL

La Organización Panamericana de la Salud define la IRC como una condición clínica irreversible de la función renal, en la que no puede mantener el volumen, composición y la distribución de los líquidos del cuerpo que son esenciales para la vida.

La pérdida de la función renal presenta anomalías estructurales o funcionales que constituyen un daño del riñón durante al menos tres o más meses; los riñones pierden la capacidad de eliminar los desechos, concentran la orina, conservar los electrolitos de la sangre y todas las funciones vitales mencionadas anteriormente. Se considera que las principales causas de la IRC son la diabetes, hipertensión arterial, enfermedad vascular y también el envejecimiento.



4

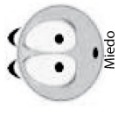
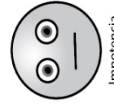
SINTOMATOLOGÍA

Existen muchas personas que sufren de Insuficiencia Renal Crónica pero no lo saben. Según la Organización Mundial de la Salud, más de dos millones desconocen que padecen esta enfermedad, debido a que los primeros estadios son asintomáticos, por lo tanto los primeros síntomas suelen ser imperceptibles.

Los síntomas varían de acuerdo a la etapa en que se encuentre el paciente. Algunas señales físicas de afectación en los riñones son:



La insuficiencia renal crónica no afecta solamente las condiciones físicas del paciente, sino que también lo hace con su estado emocional. El paciente podría experimentar:



ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Son las predisposiciones personales que cada sujeto tiene para hacer frente a una crisis. Son responsables de prevenir el uso de uno u otro tipo de estrategias de afrontamiento, es decir, predisposiciones generales que llevan a la persona a actuar y pensar de cierta forma en diferentes situaciones.



· **Activo:** cuando la persona actúa y lucha constante y activamente para lograr minimizar los posibles efectos de la situación.

· **Pasivo:** el tipo pasivo se presenta inactivo, dependiente de los demás y manifiesta poca motivación al cambio

· **Evitativo:** huye de la situación, muestra minimización y negación de la situación. Es una de las reacciones más comunes frente a estímulos que amenazan la salud o bienestar físico, se presenta rechazo a la enfermedad y posteriormente, hay sentimientos de ira que se pueden desplazar hacia la familia, la pareja, los médicos o cualquier persona muy cercana al paciente.



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La enfermedad crónica siempre será un acontecimiento productor de estrés que supone una situación de crisis y genera en todo sujeto una ruptura de su comportamiento habitual y su modo de vida. Cuando algo llega a cambiar el modo de vivir y las pautas de comportamiento, la persona generalmente emplea ciertos mecanismos de respuesta, que pueden ser adecuados o inadecuados para mantener su bienestar emocional y adaptarse al estrés causado por la enfermedad y su tratamiento:

- **Afrontamiento activo:** esfuerzos centrados en actuar directa y racionalmente frente al problema para hallar soluciones, por ejemplo: conocimiento de la propia enfermedad, sus síntomas y causas, el tratamiento dialéctico, controles y valores nutricionales adecuados, etc.

- **Planificación:** realizar una planificación de las actividades o pasos que se deben dar para afrontar la problemática y conseguir una buena adaptación.

- **Apoyo emocional:** búsqueda de consejo, apoyo y ayuda emocional en la familia, amigos y profesionales para poder expresar el malestar emocional.

- **Religión:** apoyarse en las creencias religiosas para afrontar la enfermedad.

- **Reevaluación positiva:** reinterpretar la situación estresante pero en términos positivos para lograr un nuevo significado de la misma.



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

- **Aceptación:** es una respuesta adaptativa al evento, la persona puede aceptar el hecho de la enfermedad, aceptar su importancia y aceptar el impacto emocional que genera en su vida.

- **Negación:** es la no aceptación del problema, negar la enfermedad como tal, negar su significado o su estado emocional y el estrés psicológico que conlleva.

- **Humor:** se refiere a buscar tiempo para la diversión y mantener el sentido del humor frente a lo ocurrido.

- **Autodistracción:** recurrir a actividades recreativas, distractoras y sustitutas para no centrarse solo en el problema.

- **Supresión de actividades distractoras:** paralizar cualquier tipo de actividad que no tenga que ver con el problema.

- **Autoinculpación:** atribuirse o asumir la culpa de lo ocurrido.

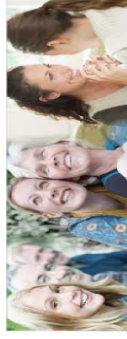
- **Desconexión:** evitación de cualquier tipo de respuesta emocional o para la solución del problema, implica esfuerzos por alejarse o apartarse del problema.

- **Desahogo:** realizar actividades que permitan disminuir la carga emocional del problema: relajación, altruismo, expresión artística, actividades intelectuales, etc.

- **Uso de sustancias:** tratar de evitar el evento estresante buscando aliviar su situación mediante cualquier otra sustancia y sin atacar el problema en sí.

REDES DE APOYO

La enfermedad crónica y sus tantas limitaciones, no solo interactúan con los recursos de afrontamiento del enfermo, sino de su familia también. Muchas veces el impacto que tiene la enfermedad en la familia es tan grande o mayor que el que sufre el propio paciente.



La principal red de apoyo es la familia, después están los amigos, compañeros de trabajo, y otros grupos con quienes la persona interactúa constantemente.

FUNCIONES DE LAS REDES DE APOYO

- Cumplir metas, enfrentar y solucionar problemas
- Dar consejo e información
- Prevenir al sujeto del aislamiento
- Brindar soporte para mantener la integridad psicológica y física del sujeto
- Reducir el impacto de los acontecimientos vitales estresantes
- Satisfacer las necesidades emocionales y de interacción de la persona
- Mejorar la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las prescripciones médicas.



9



TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS CAUSADO POR LA ENFERMEDAD

El estrés es una reacción fisiológica natural frente a acontecimientos amenazantes, como la IRC que pone en peligro la integridad corporal del enfermo, su bienestar emocional, sus planes a futuro, realización de actividades habituales, cumplimiento de roles y la necesidad de ajustarse a un nuevo entorno físico y social.



El estrés puede generar:

- | | |
|---------------------------|--|
| Confusión | Pensamientos negativos |
| Valoraciones irracionales | Bloqueo en el análisis de la información |
| Desconcierto | Estupor |
| Ansiedad | Negación |
| Irritabilidad | Apatía |
| Indefensión | Autocrítica |
| Baja autoestima | Represión de sentimientos |
| Aislamiento | |

Por lo tanto es importante conocer y poner en práctica mecanismos de afrontamiento que reduzcan el impacto del acontecimiento, con la ayuda de un psicólogo.



10

TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO QUE NECESITAN EL ACOMPAÑAMIENTO DE UN PROFESIONAL

Auto observación

El paciente debe tratar de percibir y observar todo lo que sucede en su interior cuando realiza una determinada acción para llevar un registro preciso de su conducta. Se realiza en cualquier momento o lugar y se puede tener acceso a información inaccesible para otros, como: emociones y sentimientos.

Proceso de aplicación

Definir la conducta problema que se desea observar y enfatizar la necesidad de registrar todas las situaciones en que esta se manifieste y discriminar su aparición.

DÍA DE LA SEMANA	HORA	LUGAR	GRADO DE APETENCIA		¿TOMO AGUA?	ACTIVIDAD	¿CON QUIEN?	ESTADO DE ANIMO
			1	5				
LUNES								
MARTES								
MIÉRCOLES								
JUEVES								
VIERNES								
SABADO								
DOMINGO								

Técnica útil para controlar y ejecutar un plan de acción que disminuya la ingesta de líquidos, brindar más información a los cuidadores del enfermo y ayudar al paciente a tener más conciencia de su conducta.



TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO QUE NECESITAN EL ACOMPAÑAMIENTO DE UN PROFESIONAL

Reestructuración Cognitiva

Busca modificar el modo de interpretación, valoración o las formas inadecuadas de pensar, cambiar autoafirmaciones irracionales, identificar emociones, reconocer pensamientos automáticos y encontrar formas alternativas de observar la situación externa.

Muchas veces juzgamos de manera irracional ciertas situaciones, o a nosotros mismos de forma negativa, por lo tanto tendremos respuestas poco adaptativas a una situación nueva que repercutirá en el equilibrio de nuestra vida.



Distorsiones cognitivas:

Magnificación o minimización: exagerar o disminuir el significado de la situación. "¿Y si este dolor de cabeza es un tumor?"

Razonamiento emocional: la persona cree que las emociones que siente determinan la realidad de lo que sucede. "Me siento culpable, tengo que haber hecho algo mal"

Tener razón: actitud defensiva, prueban que su punto de vista es el correcto y tienen dificultad para escuchar nueva información. "El único que entiende de esto, soy yo"

TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO QUE EL PACIENTE PUEDE REALIZAR DE FORMA AUTÓNOMA

Relajación y Respiración

Consiste en la realización de ejercicios físicos de contracción relajación de los diferentes músculos del



cuerpo y focalizar la atención en las sensaciones asociadas a los diferentes estados de tensión y relajación. Se trabaja con los músculos de las extremidades superiores, inferiores, cabeza, cara, abdomen y tórax. Se empieza tensionando de uno en uno los músculos de cada grupo y aplicando la mayor tensión en el menor tiempo posible. Se debe realizar el ejercicio en un lugar adecuado con la temperatura ideal, sin ruidos ni distracciones.



Actividades Gratificantes

Esta técnica ayuda a controlar y modificar el estado de ánimo, reacciones emocionales y niveles altos de ansiedad a través de actividades gratificantes, como: experiencias nuevas, actividades físicas, disfrutar de la compañía de otras personas, aprender algo nuevo, pasear, realizar manualidades, leer, etc.



TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO QUE EL PACIENTE PUEDE REALIZAR DE FORMA AUTÓNOMA

No importa si las actividades son sencillas o insignificantes, el objetivo es romper con la pasividad y elevar el estado de ánimo.

La constante actividad incrementa la motivación y mientras más actividades agradables se realicen mejor estado de ánimo. Cuando el estado emocional es bueno es fácil estar motivado y decidido para realizar cualquier acción.

Autoafirmaciones Positivas

Consiste en modificar los diálogos internos y externos negativos no adecuados y que no se adaptan en el momento de manejar un problema, por pensamientos más positivos y realistas. Se debe cambiar las frases que comúnmente se utiliza cuando se atraviesa una situación demandante, reinterpretar la situación y disminuir la ansiedad.

No puedo soportarlo más.

Esto es terrible.

Voy a perder el control.

La ansiedad es molesta, pero no peligrosa.

Aunque estoy incomoda con la situación puedo soportarla. Intentaré respirar profundamente para estar más tranquila.

Cualquier conducta o situación humana de duda o problema puede ser motivo válido de consulta.



Consulta con un psicólogo, psiquiatra o terapeuta?

RECOMENDACIONES

- Es importante recordar que no tiene que enfrentar su enfermedad por sí solo, tiene redes sociales de apoyo y profesionales calificados a su disposición.
- Consulte a un psicólogo o terapeuta regularmente.
- Investigue y pregunte todo lo que pueda sobre su enfermedad y su tratamiento, conocer sobre lo que le sucede y le espera a futuro le otorgará una sensación de control sobre lo que le está pasando.
- Mantenga relaciones adecuadas con el personal de salud y siéntase libre de recurrir a ellos en busca de apoyo emocional.
- Conserve las relaciones con familia y amigos.
- Realice distintas actividades gratificantes con regularidad.

Prueba de Conocimiento

La insuficiencia renal también genera síntomas y repercusiones psicológicas o emocionales.

Verdadero _____ Falso _____

Es muy importante la comunicación y expresión de nuestras emociones.

Verdadero _____ Falso _____

Las respuestas emocionales son iguales para todas las personas.

Verdadero _____ Falso _____

El apoyo social y sobre todo familiar es importante para la adaptación a la enfermedad.

Verdadero _____ Falso _____

“Hay este problema, pero hay estas medidas terapéuticas”



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Documento previo a la obtención
del título de Psicóloga Clínica.
2014